

Université de Sherbrooke

Étude sur l'évolution des caractéristiques des étudiants en médecine en regard de leurs habitudes de vie, leurs connaissances des saines habitudes de vie et de leurs indicateurs anthropométriques ainsi que des liens entre ces caractéristiques et leur compétence de conseil sur les saines habitudes de vie

Par
Sarah Bilodeau
Programmes de sciences cliniques

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M. Sc.)
en sciences cliniques

Sherbrooke, Québec, Canada
Juillet, 2013

Membres du jury d'évaluation

Marie-France Langlois, MD, directrice de recherche, Service de médecine interne,
département d'endocrinologie

Marie-France Hivert, MD, directrice de recherche, service de médecine interne,
département d'endocrinologie

Marianne Xhignesse, MD, directrice de recherche, Département de médecine de famille et
médecine d'urgence

Hélène Payette, PhD, évaluatrice interne aux Programmes de sciences cliniques

Isabelle Dionne, PhD, évaluatrice externe, département de kinanthropologie,
Faculté d'éducation physique et sportive, Université de Sherbrooke

© Sarah Bilodeau, 2013



Library and Archives
Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence

ISBN: 978-0-499-00368-3

Our file Notre référence

ISBN: 978-0-499-00368-3

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

Canada

Résumé

Étude sur l'évolution des caractéristiques des étudiants en médecine en regard de leurs habitudes de vie, leurs connaissances des saines habitudes de vie et de leurs indicateurs anthropométriques ainsi que des liens entre ces caractéristiques et leur compétence de conseil sur les saines habitudes de vie

Par

Sarah Bilodeau

Programmes de sciences cliniques

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du diplôme de maître ès sciences (M.Sc.) en sciences cliniques, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

La modification des habitudes de vie (HV) est la pierre angulaire de la gestion de plusieurs maladies chroniques. Les professionnels de la santé dont les médecins (MD) ont l'occasion de soutenir leurs patients dans ce processus complexe, mais peu se sentent compétents pour initier la discussion dans le changement d'HV. En 2008, la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke a instauré un programme éducationnel longitudinal dans le curriculum pré-doctoral: «Profession MD-volet HV». Cette étude prospective vise à suivre l'évolution des habitudes de vie (HV), des connaissances des saines HV et des indicateurs anthropométriques de la première cohorte d'étudiants MD ayant participé à ce programme (cohorte 2008-2012, n=202/205). De plus, l'étude vise à évaluer s'il existe des corrélations entre les HV, les connaissances de celles-ci, les indicateurs anthropométriques ainsi que la compétence de conseil sur les HV. Les HV ont été mesurées par un questionnaire sur les HV de Santé Canada et le questionnaire de la Chaire Lucie et André Chagnon (Q. Chaire). Les connaissances étaient mesurées à l'aide d'examens écrits dans le cadre du programme et des questions de santé publique dans le Q. Chaire. Les indicateurs anthropométriques comprenaient la prise de mesure de la taille, du poids et du tour de taille. L'instrument de mesure permettant de documenter la compétence de conseil était une vignette clinique standardisée corrigée par trois évaluateurs à l'aide d'une grille de correction standardisée. Il n'y a pas eu d'évolution significative pour les indicateurs anthropométriques sauf pour l'augmentation du tour de taille ($p=0,005$). Pour les HV, la dépense énergétique de loisirs est demeurée stable ($p=NS$), l'augmentation de la consommation de fruits et légumes est significative ($p=0,004$) et la consommation de jus de fruits et légumes a diminué significativement ($p<0,0001$). Trente-un (31) étudiants ont participé à l'évaluation de la compétence de conseil. Les corrélations obtenues entre la compétence de conseil et les caractéristiques des étudiants sont faibles ($0,05<p<0,20$) et non significatives. La plupart des HV ont fluctué durant les études pré-doctorales, mais ne se sont pas détériorées en deçà des valeurs initiales à l'entrée à l'université. Il semble que le programme éducationnel ait freiné la détérioration des HV observée dans des études précédentes chez une population universitaire. Toutefois, la faible taille de l'échantillon limite la puissance de l'étude pour mettre en lumière les relations entre les caractéristiques des étudiants et la compétence de conseil sur les HV.

Mots clés : Habitudes de vie/ Counseling/ Étudiants en médecine/ Médecin/Alimentation/Activité physique/Poids

-Heureux sont ceux qui ont persévéré-

Anonyme

Grand St-Bernard, Valais-Suisse

TABLE DES MATIERES

Épigraphe.....	iii
Table des matières.....	iv
Liste des figures.....	viii
Liste des tableaux.....	ix
Liste des abréviations.....	x
Chapitre 1 : Introduction.....	1
1.1 Introduction générale.....	1
1.2 Mise en contexte.....	2
1.2.1 Les habitudes de vie au Canada.....	3
1.2.2 L'amélioration des habitudes de vie comme outil préventif.....	4
1.2.3 L'importance de l'amélioration des habitudes de vie dans le traitement des maladies chroniques..	5
1.3 Description de l'étude principale.....	6
Chapitre 2 : Recension des écrits	10
2.1 Les outils de counseling au sujet des habitudes de vie.....	10
2.1.1 Le modèle transthéorique du changement de Prochaska et Diclemente.....	11
2.1.2 L'entretien motivationnel	12
2.1.2.1 Description de l'approche.....	12
2.1.2.2 Efficacité de l'approche dans les soins de santé	13
2.1.3 Le soutien dans la préparation au changement.....	13
2.2 Le counseling au sujet des saines habitudes de vie dans les soins de santé.....	14
2.2.1 Intégrer la prévention aux soins de santé.....	14
2.2.2 Le point de vue des organisations médicales.....	15
2.2.3 L'implication du médecin dans le soutien au changement	16
2.3. Constat des pratiques médicales de counseling au sujet des habitudes de vie	16
2.3.1 Le counseling à propos des habitudes de vie par les médecins: un rôle mitigé	16
2.3.2 Constat de la pratique des médecins.....	17
2.3.3.1 Les attitudes des médecins face à la prévention et au counseling sur les habitudes de vie.....	18
2.3.3.2 La fréquence des interventions de counseling au sujet des habitudes de vie	19
2.3.4 Les barrières qui minent la fréquence de counseling des habitudes de vie.....	20

2.3.4.1 Les contraintes de temps et de remboursement	20
2.3.4.2 Le sentiment de confiance et d'efficacité	20
2.3.4.3 Les connaissances des médecins reliées aux saines habitudes de vie	21
2.4. Les habitudes de vie et la formation médicale.....	22
2.4.1 Les changements des habitudes de vie durant les études universitaires	22
2.4.2 Les connaissances des étudiants en médecine à propos des saines habitudes de vie.....	23
2.4.3 La formation en prévention dans les institutions universitaires.....	23
2.4.4 Les recommandations des écrits scientifiques pour la formation médicale.....	25
2.5 Associations entre le counseling et certaines caractéristiques spécifiques des médecins	26
2.5.1 Associations entre les habitudes de vie et la fréquence de conseil	26
2.5.2 Associations entre les connaissances des habitudes de vie et la fréquence de conseil	27
2.5.3 Associations entre les indicateurs anthropométriques et la fréquence de conseil.....	28
2.5.4 Associations entre les connaissances des habitudes de vie et la performance de conseil.....	29
<i>Chapitre 3 : Approche proposée</i>	<i>31</i>
Objectifs	31
Hypothèses	31
<i>Chapitre 4 : Méthodes.....</i>	<i>33</i>
4.1 Devis de l'étude	33
4.2 Recrutement de sujets	33
4.2.1 Population à l'étude et échantillonnage	33
4.2.2 Critères d'admissibilité.....	34
4.2.3 Déroulement de l'étude	35
4.3 Variables et instruments de mesure	36
4.3.1 Indicateurs anthropométriques	36
4.3.2 Les habitudes de vie	36
4.3.2.1 Le questionnaire sur les habitudes de vie	36
4.3.2.2 Le questionnaire de la Chaire Lucie et André Chagnon	37
4.3.3 Évaluation des connaissances.....	38
4.3.4 L'évaluation de la compétence de conseil.....	38
4.3.4.1 La grille de correction standardisée	39
4.3.4.2 Le choix des évaluateurs.....	40
4.3.4.3 Description de la vignette clinique standardisée.....	40
4.3.4.4 Le score de la compétence de conseil	41
4.4 Analyse des données	42

4.5 Considérations éthiques	42
<i>Chapitre 5 : Résultats.....</i>	44
5.1 Description de l'échantillon	44
5.1.1 Le recrutement.....	44
5.1.2 Caractéristiques générales de l'échantillon	45
5.2 Triangulation des données	46
5.3 Évolution des indicateurs anthropométriques	47
5.4 Évolution des habitudes de vie.....	50
5.4.1 Activité physique.....	50
5.4.2 Alimentation.....	51
5.5 Connaissances des saines habitudes de vie	54
5.5.1 Examens théoriques.....	54
5.5.2 Connaissances des habitudes de vie du Questionnaire de la Chaire Lucie et André Chagnon.....	56
5.6 Évaluation de la compétence de conseil	58
5.6.1 Accord inter-juges	58
5.6.2 Résultats de la vignette	60
5.6.3 Corrélations entre la compétence de conseil et les caractéristiques des étudiants.....	62
<i>Chapitre 6 : Discussion.....</i>	63
6.1. L'évolution des caractéristiques des étudiants en médecine.....	63
6.1.1 Les indicateurs anthropométriques	63
6.1.2 Les habitudes de vie	65
6.1.2.1 L'activité physique	65
6.1.2.2 L'alimentation	66
6.1.3 Les connaissances des saines habitudes de vie.....	67
6.2 L'évaluation de la compétence de conseil	67
6.2.1 La fidélité des évaluateurs	67
6.2.2 La compétence de conseil des étudiants en médecine	68
6.2.3 Relations entre la compétence de conseil et les caractéristiques des étudiants	69
6.3 Forces et limites de l'étude.....	72
6.3.1 Les forces	72
6.3.2 Les limites	73
<i>Chapitre 7 : Conclusion.....</i>	76

<i>Remerciements</i>	77
<i>Liste des références</i>	78
<i>Annexes</i>	85
Annexe A- Formulaire de consentement initial	85
Annexe B- Formulaire de consentement suite aux modifications	91
Annexe C- Questionnaire des habitudes de vie (QHV)	94
Annexe D- Questionnaire de la Chaire Lucie et André Chagnon Medecine 1	105
Annexe E- Tableau résumé des études	110
Annexe F- Grille de l'évaluateur	112
Annexe G- Document détaillant les items de la grille de correction	113

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Représentation schématique du programme de doctorat en médecine incluant Profession MD et le volet habitudes de vie	7
Figure 2: Curriculum pédagogique du volet habitudes de vie du programme Profession MD	8
Figure 3 : Illustration des stades de changement de Prochaska et Diclemente.....	11
Figure 4 : Cadre de compétences CanMeds du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada	15
Figure 5 : Facteurs influençant les changements de poids en fonction de l'équation de la balance énergétique chez les étudiants universitaires.	22
Figure 6 : Déroulement de la collecte de données de 2008 à 2012	35
Figure 7 : Organigramme du recrutement des participants pour le projet sur la compétence de conseil	45
Figure 8 : Évolution de l'indice de masse corporelle auto-rapporté (Questionnaire de la Chaire Lucie et André Chagnon).....	50
Figure 9 : Évolution de la dépense énergétique de loisir (Questionnaire des habitudes de vie)	50
Figure 10 : Évolution du nombre de minutes d'activité physique par jour (Questionnaire de la Chaire Lucie et André Chagnon)	51
Figure 11 : Évolution du nombre de portions de fruits et légumes par jour (Questionnaire des habitudes de vie).....	52
Figure 12 : Évolution du nombre de portions de fruits et légumes par jour (Questionnaire de la Chaire Lucie et André Chagnon)	53
Figure 13 : Nombre de repas consommés à l'extérieur du domicile (questionnaire des habitudes de vie).....	53
Figure 14: Nombre de consommation de jus de fruits et de légumes par jour (Questionnaire des habitudes de vie).....	54
Figure 15 : Pourcentage d'étudiants ayant obtenu la bonne réponse à la question sur l'activité physique et l'IMC (Questionnaire de la Chaire Lucie et André Chagnon) ...	56
Figure 16 : Pourcentage d'étudiants ayant obtenu la bonne réponse à la question sur le tour de taille (femme/homme) (Questionnaire de la Chaire Lucie et André Chagnon)	57
Figure 17 : Pourcentage d'étudiants ayant obtenu la bonne réponse à la question sur la consommation sécuritaire d'alcool (Femme/homme) (Questionnaire de la Chaire Lucie et André Chagnon).....	58

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Classification des différentes catégories d'IMC et des risques associés à la santé	3
Tableau 2: Caractéristiques des étudiants en médecine à leur entrée en médecine (cohorte initiale).....	46
Tableau 4: Évolution des indicateurs anthropométriques de Med 1 à 3 de la cohorte initiale	48
Tableau 5 : Évolution des indicateurs anthropométriques de Med 1 à 4 du groupe participant	48
Tableau 6 : Évolution des indicateurs anthropométriques de Med 1 à 3 du groupe non-participant	49
Tableau 7 : Résultats de l'examen théorique à la fin de Med 1	55
Tableau 8 : Résultats de l'examen théorique à la fin de Med 2.....	55
Tableau 9 : Calcul de l'ICC selon la correction des évaluateurs de la grille de correction standardisée.....	59
Tableau 10 : Représentation de l'accord inter-juges pour chaque catégorie de la grille de correction standardisée	60
Tableau 11 : Résultats de la vignette clinique standardisée.....	61
Tableau 12 : Corrélations entre la compétence de conseil et les caractéristiques des étudiants.....	62

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACPM	<i>American College of Preventive Medicine</i>
ACSM	<i>American College of Sport Medicine</i>
AJPM	<i>American Journal of Preventive Medicine</i>
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
ECOS	Examen clinique objectif structuré
ESCC	Enquête sur la santé des collectivités canadiennes
FMSSUS	Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke
HV	Habitudes de vie
IMC	Indice de masse corporelle
MCNT	Maladies chroniques non-transmissibles
MD	Médecin
MED 1	Année scolaire en médecine
OMS	Organisation mondiale de la santé
PUPSR	Programme d'utilisation des patients standardisés et réels
Q. CHAIRE	Questionnaire de la Chaire Lucie et André Chagnon
QHV	Questionnaire sur les habitudes de vie
SMART	Spécifique, mesurable, ajustable, réaliste et temporel (objectif)

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

1.1 Introduction générale

Depuis septembre 2008, un nouveau programme éducationnel a été implanté à la Faculté de Médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke (FMSSUS). Ce programme, instauré dans le curriculum médical, vise la conscientisation des étudiants au sujet des saines habitudes de vie (HV) et le transfert des connaissances acquises afin de soutenir leurs futurs patients dans un changement de comportement. Dès lors, un projet de recherche a été mis sur pied afin d'évaluer l'impact de ce nouveau programme.

Mes études de recherche à la maîtrise portent sur une section de ce projet. Le premier objectif de cette sous-étude consiste à suivre l'évolution de certaines caractéristiques des étudiants durant leurs études pré-doctorales en ce qui a trait aux HV, aux connaissances des saines HV et de leurs indicateurs anthropométriques. Le deuxième objectif consiste à évaluer la compétence des étudiants en médecine à conseiller sur les saines HV et de vérifier les liens entre cette variable et leurs caractéristiques personnelles précitées.

Pour ce faire, la présentation de ce mémoire débutera par l'élaboration de la problématique qui a mené à l'implantation de ce projet de recherche. La prévalence des HV néfastes menant aux maladies chroniques non-transmissibles (MCNT) ainsi que l'approche médicale actuelle dans notre système de soins de santé nécessiteront une attention particulière. Puis, la recension des écrits exposera les différentes stratégies de counseling utilisées dans les soins de santé. Le constat de la pratique actuelle quant au counseling offert par les médecins à propos des HV sera présenté et permettra l'identification des différents liens existants entre cette pratique primordiale et certaines des caractéristiques des médecins tel que leurs propres HV, leurs connaissances des saines HV et leurs indicateurs anthropométriques. L'élaboration des outils de mesure et la validation de la grille de correction évaluant la compétence de conseil constituent les aspects méthodologiques du projet de recherche. Enfin, la présentation des résultats, une discussion de ceux-ci et la conclusion complèteront ce mémoire.

1.2 Mise en contexte

Les priorités de la santé publique au Canada et à travers le monde ont considérablement changé durant le siècle dernier en raison d'une diminution de la prévalence des maladies infectieuses, mais cette propension a fait place à une autre problématique caractéristique de la vie moderne. Les MCNT représentent le fardeau numéro 1 de santé publique à travers le monde. Elles comprennent notamment les maladies cardio-vasculaires, les cancers et le diabète de type 2. La problématique des MCNT est d'une ampleur déconcertante par sa prévalence augmentant sans cesse, représentant à elles seules 60% des décès dans le monde. Elles se manifestent dans les pays industrialisés, mais sont aussi en croissance constante dans les pays en voie de développement (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2011c) (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2010). Les MCNT se développent lentement, de façon insidieuse et souvent silencieusement jusqu'à l'avènement d'un épisode aigu grave tel qu'un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral. Un mode de vie caractérisé par une forte présence de certains facteurs de risque tels les mauvais choix alimentaires, l'usage nocif de l'alcool, la sédentarité et le tabagisme augmentent le risque de MCNT. Le contrôle de ces quatre facteurs de risque représentatifs d'un mode de vie malsain entraînerait une diminution de 80% les MCNT et l'éradication du tiers des cancers (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2011a).

En effet, il est démontré qu'un mode de vie sain favorise le maintien d'une bonne santé et aide à diminuer le risque des MCNT (Johansson & Sundquist, 1999). Selon Santé Canada, une vie saine signifie manger une variété d'aliments de qualité nutritionnelle tel que suggéré par le Guide alimentaire canadien, demeurer physiquement actif afin de garder la forme, réduire le stress et augmenter le niveau d'énergie et développer un réseau de contacts sociaux favorisant l'entraide et le respect. Ces éléments précités témoignent des bonnes HV et signifient faire des choix positifs qui améliorent la santé physique, mentale et spirituelle (Santé Canada, 2011). Il est recommandé de mettre un terme aux modes de vie malsains tels que le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool et une mauvaise hygiène de sommeil afin de tirer pleinement avantage d'un mode de vie sain.

1.2.1 Les habitudes de vie au Canada

L'une des conséquences les plus fréquentes d'un mode de vie malsain est la présence d'excès de poids ou d'obésité (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2011b). Ces termes se définissent comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2011b). L'excès de poids et l'obésité sont mesurés par l'indice de masse corporelle (IMC) qui est un indicateur des risques pour la santé selon le poids corporel. Il est calculé à l'aide du poids en kilogrammes divisé par la taille en mètres au carré (kg/m^2). Le tableau 1 présente les différentes catégories d'IMC et les risques associés pour la santé (Santé Canada, 2003). Un IMC variant entre 18,5 et 24,9 kg/m^2 est recommandé afin de diminuer les risques possibles pour la santé associés aux catégories d'excès de poids et d'obésité. De plus, les risques pour la santé reliés à l'obésité sont aussi influencés par la répartition de la masse adipeuse corporelle. L'excès de poids au niveau tronculaire (ou central, viscéral) est considéré plus néfaste puisqu'il est associé à des risques cardio-vasculaires élevés par rapport à un excès de poids au niveau des fesses et des hanches (ou glutéo-fémoral) (Poirier & Despres, 2003). L'un des indicateurs qui permet d'évaluer la présence d'obésité abdominale est la mesure du tour de taille. Il est recommandé de respecter un tour de taille de 88 cm et moins pour les femmes et de 102 cm pour les hommes, mais des valeurs plus strictes sont toutefois de plus en plus utilisées (Santé Canada, 2003). En 2010, au Canada, l'obésité et l'excès de poids, soit un IMC supérieur à 24,9 kg/m^2 touchait 62,1% des Canadiens adultes (Agence de la Santé Publique du Canada, 2011).

Tableau 1: Classification des différentes catégories d'IMC et des risques associés à la santé

IMC (kg/m^2)	Catégories d'IMC	Risques santé
< 18,5	<i>Poids insuffisant</i>	Risque accru
18,5 - 24,9	<i>Poids normal</i>	Moindre risque
25,0 - 29,9	<i>Excès de poids</i>	Risque accru
30,0 - 34,9	<i>Obésité classe I</i>	Risque élevé
35,0 - 39,9	<i>Obésité classe II</i>	Risque très élevé
$\geq 40,0$	<i>Obésité classe III</i>	Risque extrêmement élevé

Actuellement, les mauvaises HV caractérisent le mode de vie d'une grande proportion des Canadiens. Selon des données récentes, 44,2% des Canadiens adultes mangent moins de 5 fruits et légumes par jour, nombre minimal à consommer recommandé par le Guide alimentaire canadien (Statistique Canada, 2012; Santé Canada, 2013). En ce qui concerne l'activité physique (AP), 85,0% des adultes canadiens n'accumulent pas le minimum d'AP recommandé de 150 minutes par semaine à intensité modérée (Statistique Canada, 2009). Enfin, 20,8% des Canadiens de plus de 12 ans fument de façon régulière ou occasionnelle (Statistique Canada, 2011).

1.2.2 L'amélioration des habitudes de vie comme outil préventif

Afin d'atténuer l'impact des MCNT sur les individus et la société, il faut tenter de réduire les facteurs de risque qui y sont associés par l'utilisation d'une approche globale (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2011a) impliquant la contribution de divers secteurs dans la société. Il est connu que le maintien de saines HV a de forts impacts positifs sur la santé et permet de diminuer les risques des MCNT (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2011a). De plus, l'amélioration des HV est bénéfique et permet des améliorations notables de la santé métabolique, que ce soit au niveau de la pression artérielle, du bilan lipidique ou de la fonction respiratoire des individus (Sharma, 2010). Parallèlement, les saines HV permettent de repousser l'apparition des premiers signes des MCNT pour les individus en présence de facteurs de risque. Par exemple, l'étude randomisée et contrôlée *Diabetes Prevention Program* a recruté 3234 participants pré-diabétiques et étudié l'impact de la médication ou du changement des HV sur l'incidence du diabète de type 2 (Knowler, 2002). Après trois ans d'intervention, on constate chez les participants une diminution de l'incidence du diabète de 58% dans le groupe qui a été encadré dans la modification des HV et de 31% dans le groupe ayant reçu la *metformine*. L'incidence du diabète de type 2 demeure plus faible dans le groupe d'intervention, ce qui est aussi observé au cours du suivi des participants 10 ans après le début de l'étude (Diabetes Prevention Program Research Group, 2009). Ces résultats sont aussi observables dans d'autres études renommées visant la prévention du diabète de type 2 tel que le *Diabetes Prevention Study* (Lindstrom, 2003). Cet effet est notable peu importe le risque génétique des participants (Hivert, 2011).

Des améliorations importantes sont aussi observées au niveau de la prévention des maladies cardio-vasculaires. Une étude randomisée contrôlée nommée Éducoeur visait à évaluer l'impact d'une intervention interdisciplinaire sur les HV sur le risque cardiovasculaire d'individus en présence de facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires. Les participants suivis étroitement dans leur modification d'HV par une équipe interdisciplinaire ont obtenu des améliorations significatives au niveau de la pression artérielle, du taux de cholestérol sanguin et ont diminué significativement le risque cardiovasculaire de Framingham deux ans après le début de ce projet (Goyer, 2012).

1.2.3 L'importance de l'amélioration des habitudes de vie dans le traitement des maladies chroniques

L'amélioration des HV a un impact positif important au niveau du traitement des MCNT. C'est une intervention qui a démontré son efficacité en tant que seule option de traitement, mais il est aussi intéressant de constater que, pour certaines MCNT, la modification des HV est plus efficace lorsque combinée au traitement pharmacologique que la médication seule (Miller, 2002).

L'étude LOOK AHEAD est une étude randomisée et contrôlée auprès d'environ 5000 sujets diabétiques et obèses suivis pour une période de dix ans. L'objectif premier de ce projet est d'évaluer les changements survenus suite à une amélioration des HV et d'une perte de poids modeste d'environ 7% du poids au moment de l'entrée dans l'étude. Les résultats démontrent que lors du suivi à 1 an, la pression artérielle moyenne des participants a chuté de 6,8 mmHg au niveau systolique et de 3,0 mmHg au niveau diastolique et que la capacité aérobie moyenne des participants a augmenté de 20,9% (Unick, 2011). Enfin, la prise en charge préventive et le traitement adéquat des MCNT sont aussi d'excellents investissements économiques car, s'ils sont appliqués de manière précoce, ils peuvent réduire les besoins en traitements plus coûteux (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2011a).

1.3 Description de l'étude principale

Un projet pilote, mené par le Dr. Marie-France Hivert et ses collègues de 2002 à 2005 a eu cours à la FMSSUS (Hivert, 2007). Ce projet avait comme objectif principal d'améliorer les HV des étudiants en médecine afin d'atténuer la prise de poids durant les études. Dans cette étude randomisée et contrôlée, un groupe d'étudiants devait participer à de courts séminaires interactifs sur les HV tout au long de l'année scolaire afin de les sensibiliser à l'importance d'un mode de vie sain. Un groupe témoin d'étudiants de la même cohorte ont aussi été suivis durant cette même période de temps. Les résultats de cette étude montrent une perte de poids significative pour le groupe d'intervention et un gain de poids pour le groupe témoin sur une période de deux ans. Il existe une différence significative de 1,3kg entre les groupes après deux ans. Il n'y a pas de différence significative dans la pratique d'activité physique rapportée et le nombre de calories ingérées entre les deux groupes durant cette période. Ce projet pilote a influencé la mise en œuvre de l'actuel programme éducationnel nommé Profession MD dont un volet porte sur les HV.

Profession MD est un programme de 5 crédits répartis durant les 4 premières années du Doctorat en Médecine. Les différents volets comprennent l'interdisciplinarité et le professionnalisme, les approches complémentaires, les aspects légaux, éthiques et déontologiques, l'histoire de la médecine ainsi que les habitudes de vie.

Le volet sur les HV instauré depuis 2008 dans le curriculum MD vise à faire prendre conscience aux étudiants de leurs propres HV en utilisant des outils courants et disponibles ainsi que d'encourager le transfert des connaissances acquises pour éventuellement conseiller des patients en vue de les soutenir dans un changement de comportement. Le volet HV du programme MD, représenté par le ruban rouge de la figure 1, est échelonné durant les trois premières années d'études pré-doctorales.

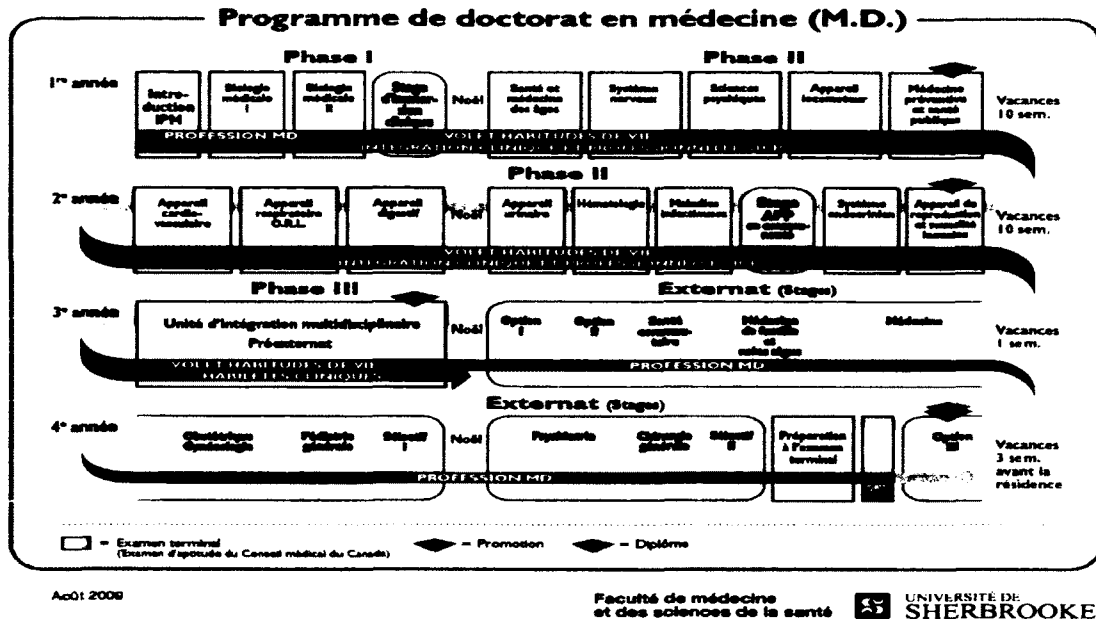


Figure 1: Représentation schématique du programme de doctorat en médecine incluant Profession MD et le volet habitudes de vie

Utilisation de la figure autorisée par le programme de médecine

La figure 2 présente une description sommaire du programme Profession MD : volet HV. Durant les deux premières années, des séances interactives de 45-60 minutes sur différents sujets entourant les HV sont animées par des professeurs de la faculté. Les thèmes de l'activité physique et de l'alimentation sont couverts ainsi que le tabagisme, le sommeil et la consommation d'alcool et de stimulants. De plus, le contexte psychologique entourant le changement d'HV, les différents outils de counseling tels que l'entretien motivationnel, le contexte environnemental et familial entourant les HV sont aussi explorés au cours des différents ateliers. En troisième année, la mise en application des connaissances et outils acquis durant les premières années sont possibles grâce à une séance intégrative clinique à l'aide de patients-professeurs.

En ce qui a trait au counseling au sujet des HV, le but du programme éducationnel est de fournir aux étudiants les outils essentiels au changement des HV afin d'amorcer la démarche auprès des patients. Il est important de souligner que l'approche incluant une

équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé qui permettrait d'approfondir la démarche du counseling est à prioriser.

1 ^{ère} année	2 ^e année	3 ^e année
Séance d'introduction (grand groupe → 3 heures)		Séance d'intégration clinique de counselling sur les habitudes de vie (patients professeurs → 1.5 heures)
Séances interactives (petit groupe → 45 minutes) <ul style="list-style-type: none"> 1: Habitudes de vie et société 2: Les bases d'une alimentation saine 3: Aspect psychologique du changement des habitudes de vie 4: Activité physique et diverses conditions médicales (partie 1) 5: Nutraceutiques et aliments fonctionnels 	Séances interactives (petit groupe → 45 minutes) <ul style="list-style-type: none"> 6: Le tabagisme 7: Stratégies motivationnelles 8: L'influence de l'environnement sur l'alimentation 9: L'étiquetage nutritionnel 10: L'activité physique et diverses conditions médicales (partie 2) 11: Démystifier les régimes 12: Le sommeil: gestion et conséquences sur la santé 13: Habitudes de vie et famille 	

Figure 2: Curriculum pédagogique du volet habitudes de vie du programme Profession MD

Utilisation de la figure autorisée par le programme de médecine

Un projet de recherche a été mis sur pied afin d'évaluer les impacts du volet HV de ce nouveau programme éducationnel. Ce projet vise à évaluer les changements:

- 1) des connaissances des étudiants en médecine sur la prévention et la promotion de la santé, en particulier sur les saines HV et leur modification;
- 2) de la compétence des étudiants en médecine à conseiller adéquatement au sujet de saines HV;
- 3) des comportements et habitudes de vie de cette cohorte d'étudiants;
- 4) des données anthropométriques et des paramètres simples d'évaluation de l'état de santé des étudiants.

Le projet de recherche principal est un devis de cohorte prospectif où deux cohortes participent au projet. Il y a une cohorte intervention (n=202/205) qui sont des étudiants en médecine recrutés à la rentrée scolaire 2008 pour le projet de recherche sur une base volontaire qui ont suivi le cours de Profession MD : volet HV. Il y a aussi une cohorte témoin composée d'étudiants en médecine de deuxième année (n=43/187) recrutés à la rentrée scolaire 2008 pour le projet de recherche sur une base volontaire qui n'ont pas bénéficié de l'enseignement prodigué dans le cadre de « Profession MD : Volet HV ».

Mon projet de maîtrise s'inscrit dans le cadre de ce projet de recherche qui porte sur le volet spécifique de la compétence de conseil. Tout d'abord, mon projet de maîtrise consiste à dresser le portrait de l'évolution des HV, des connaissances des saines HV et des indicateurs anthropométriques des participants durant leurs études pré-doctorales. Puis, nous voulons évaluer s'il existe des corrélations entre la compétence des étudiants en médecine à conseiller au sujet des HV et certaines des caractéristiques de ces étudiants soit leurs HV et les connaissances des saines HV ainsi que leurs indicateurs anthropométriques. L'échantillon visé par mon projet de maîtrise est la cohorte intervention (n=202/205).

CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS

La recension des écrits est présentée en cinq parties. Tout d'abord, une description de certains outils de counseling couramment utilisés dans les soins de santé sera présentée. Par la suite, la position de la communauté scientifique en regard de la prévention par les saines HV dans les soins de santé sera discutée. Les pratiques de counseling relatives aux saines HV des médecins seront ensuite décrites. La quatrième section portera sur la formation médicale relative à la promotion et la prévention par les saines HV. Enfin, les liens entre le counseling au sujet des HV et certaines caractéristiques des médecins ou étudiants en médecine seront explorés.

2.1 Les outils de counseling au sujet des habitudes de vie

Si modifier une HV peut s'avérer simple pour certains individus, le cheminement vers un mode de vie sain représente un défi de taille pour la plupart. La modification d'une HV nécessite un investissement important d'énergie et de discipline personnelle afin de contrecarrer les automatismes établis dans la routine et les influences de l'environnement qui favorisent la sédentarité et la surconsommation d'aliments. La modification des HV est une problématique multidimensionnelle, car plusieurs sphères de la personne sont impliquées dans ce changement. Dans le but de réussir le changement vers de bonnes HV et de les maintenir, l'individu se doit de développer la motivation nécessaire et de se fixer des objectifs réalistes et concrets. Les professionnels de la santé peuvent être d'une grande aide dans le soutien au changement par le biais d'interventions individuelles (Ashenden, 1997). Une intervention individuelle reconnue utilisée des professionnels de la santé, le counseling, a pour but d'aider la personne à progresser dans le processus de changement des HV par l'entremise d'outils et d'échanges avec le professionnel (Ashenden, 1997; Petrella & Lanttanzio, 2002). Il existe plusieurs définitions du terme «counseling». Dans le contexte présent, nous le définissons comme tout soutien ou appui du professionnel de la santé apporté au patient dans le cadre de l'initiation d'un changement d'HV ou de son

maintien. Cela inclut les conseils sur les HV ou l'utilisation de toutes stratégies de changement de comportement.

2.1.1 Le modèle transthéorique du changement de Prochaska et Diclemente

La recherche au sujet de l'arrêt tabagique, de la consommation d'alcool et de drogues a permis d'importantes avancées dans la compréhension du processus de changement d'HV, initialement surtout reliées à des dépendances néfastes. Ces travaux ont donné une nouvelle direction aux interventions en promotion de la santé, révélant que la modification des habitudes se fait à travers un processus et que malgré une évolution propre à chaque individu, on observe une progression relativement commune à travers des stades identifiables. Ces constats ont permis l'élaboration du modèle transthéorique du changement proposé par Prochaska et Diclemente. Ce modèle montre que, pour la plupart des individus, un changement d'habitude se fait graduellement en passant par différents stades. Les stades de changement sont : précontemplation, contemplation, préparation, action jusqu'au maintien. À tout moment, la rechute vers un stade inférieur est possible en raison des différentes embûches à la modification de l'habitude. En effet, le modèle transthéorique du changement, présenté à la figure 3 (Prochaska *et al*, 1992). Il est illustré par une forme spiralée, car plusieurs petites rechutes sont possibles dans le cheminement d'un individu avant qu'une nouvelle habitude se voit bien établie (Zimmerman, 2000).

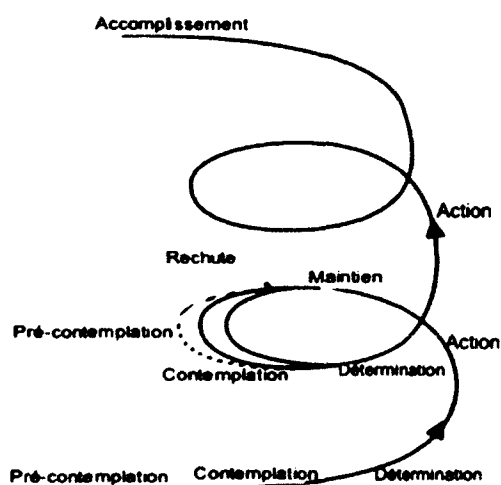


Figure 3 : Illustration des stades de changement de Prochaska et Diclemente

Figure reproduite avec l'autorisation de l'éditeur

Ce modèle est utile dans l'identification du stade de changement des HV, autant pour tenter de cesser la consommation de substances néfastes (tabac, alcool) que pour l'adoption de comportements bénéfiques pour la santé (activité physique, saine alimentation). Lors d'une interaction entre un patient et un professionnel de la santé, ce dernier peut identifier le stade présent du patient au fil des échanges. Ainsi, l'intervention pourra être adaptée en fonction de la situation en utilisant les outils adéquats afin de faire progresser cette personne vers le stade suivant et éventuellement vers l'adoption d'une saine HV (Zimmerman, 2000).

2.1.2 L'entretien motivationnel

2.1.2.1 Description de l'approche

Il a été démontré que les approches centrées sur le patient durant les interventions en soins de santé ont de meilleurs résultats que de donner de simples directives, surtout lorsque le but visé est un changement durable d'HV (Britt, 2004). L'entretien motivationnel est l'une de ces approches qui a été élaborée par Miller et Rollnick (Houston Miller, 2010). Cette approche se définit comme un style de counseling collaboratif centré sur l'individu le guidant vers l'obtention et l'amélioration de la motivation pour le changement (Miller & Rollnick, 2009). L'entretien motivationnel permet d'explorer et de résoudre l'ambivalence dont plusieurs patients font preuve surtout dans les étapes précoces du changement. L'ambivalence est l'oscillation d'un individu entre plusieurs choix, soit maintenir le comportement actuel ou changer ce dernier (Gache, 2006). Les patients au stade de précontemplation ou de contemplation sont ambivalents, puisque les inconvénients qu'ils voient au changement sont importants et bloquent la vision des nombreux bénéfices qui pourrait permettre la modification des habitudes. Inspiré des approches humanistes rogeriennes, (Gache, 2006) l'entretien motivationnel permet de soulever des raisons d'optimisme et de confiance dans la capacité de l'autre à changer en respectant sa liberté et en le centrant sur sa responsabilité. Les principes généraux qui découlent de cette approche comprennent l'expression de l'empathie, le développement des divergences à travers les propos des patients, de rouler avec la résistance et de soutenir l'auto-efficacité du patient. Des outils simples sont à la disposition des intervenants pour la mise en application de ces principes directeurs (Houston Miller, 2010).

2.1.2.2 Efficacité de l'approche dans les soins de santé

L'entretien motivationnel est tout à fait applicable dans la prévention et la gestion des maladies qui sont influencées par les HV (Rubak, 2005). Une recension systématique avec méta-analyse a été réalisée afin d'évaluer l'efficacité de l'entretien motivationnel en lien avec différentes maladies et de connaître les facteurs qui influencent les résultats obtenus (Rubak, 2005). En somme, cette étude confirme que l'entretien motivationnel aide les patients à modifier leurs habitudes, ce qui est observable dans 80% des études répertoriées dans cette recension. Aussi, les résultats obtenus grâce à l'utilisation de l'entretien motivationnel surpassent les résultats obtenus en livrant de simples directives, qui ne tiennent pas compte de la perspective du patient. De plus, cette recension montre que l'effet de cette approche centrée sur le patient peut même être efficace lors de brèves interventions de 15 minutes ou moins et des rencontres régulières en augmentent l'effet (Fleming, 1999; Ockene, 1994).

Durant les consultations médicales usuelles, le temps alloué pour discuter du changement d'habitude et pour mettre en application les outils de counseling est restreint pour bien des médecins. Par contre, ils ont l'occasion d'avoir des visites répétées et souvent assez rapprochées avec les patients et peuvent donc offrir un soutien continu quant aux objectifs des changements d'habitude (Houston Miller, 2010). De plus, il existe différents modèles adaptés aux soins de santé qui permettent d'intégrer de façon brève et concise l'entretien motivationnel lors d'une intervention. Le *brief negotiation interview* est un exemple de modèle réunissant les éléments de l'entretien motivationnel et des stratégies d'intervention réalisable en 5 minutes (Bernstein & Bernstein, 1996). D'autres écrits rapportent même l'efficacité des interventions de counseling d'une durée de 2 à 4 minutes, mais recommandent de plus longues interventions selon les besoins et le niveau de préparation au changement du patient (Jacobson, 2005).

2.1.3 Le soutien dans la préparation au changement

Les individus dans la phase de préparation vers le changement d'habitude nécessitent un tout autre soutien. Ils ont franchi la première spirale du processus, mais requièrent du soutien pour se mettre en action (voir Annexe E). En effet, les patients au stade de

préparation ou d'action doivent tout d'abord se fixer des objectifs réalistes. Cette phase de coaching auprès des patients est nécessaire afin de bien soutenir le changement soit par l'évaluation des options de changement ou par l'élaboration d'un plan de changement. Ce qui importe, c'est de susciter l'engagement et mousser la motivation de l'individu (Houston Miller, 2010). Afin de mesurer la motivation au changement, on peut utiliser une échelle d'auto-efficacité (par exemple sur une étendue de 0 à 10) en demandant au patient de quantifier l'importance et son niveau de confiance et de conviction face au changement. (Houston Miller, 2010; Keller & White, 1997).

2.2 Le counseling au sujet des saines habitudes de vie dans les soins de santé

2.2.1 Intégrer la prévention aux soins de santé

Il existe un consensus sur l'importance d'intégrer la prévention aux soins de santé autant au niveau de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), des instances gouvernementales que des organisations médicales canadiennes. Ainsi, en se référant à la définition de la santé proposée par l'OMS stipulant que: «La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou infirmité», les soins prodigués aux patients ne s'arrêtent pas à la guérison de la maladie, mais comprennent une prise en charge plus générale de la santé dont la prévention fait partie intégrante (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2003).

De plus, l'OMS souligne l'importance d'axer l'ensemble des soins de santé vers le patient. Ainsi, cela permet de tenir compte de préférences et des besoins des patients pour que ceux-ci développent progressivement leur propre prise en charge. À cet effet, certaines aptitudes des professionnels de la santé sont nécessaires. Tout d'abord, les capacités de communication doivent être développées afin de savoir interroger et communiquer efficacement. Ensuite, les intervenants de la santé doivent posséder l'ensemble des compétences voulues pour aider les patients à changer leur comportement, améliorer leur santé et leur qualité de vie. Par le fait même, les médecins responsables des soins de santé primaires peuvent aider les patients à changer de comportement en utilisant tout un ensemble de techniques éprouvées (Organisme Mondial de la Santé(OMS), 2005).

2.2.2 Le point de vue des organisations médicales

Pour ce qui est des organisations médicales, l'Association des facultés de Médecine du Canada promeut les compétences en promotion de la santé. L'une de ses recommandations dans le cadre de l'avenir de l'éducation médicale stipule qu'il faut : «Intégrer davantage les compétences en prévention et en santé publique dans le curriculum des études médicales prédoctorales» (Association des facultés de Médecine du Canada, 2010). Parallèlement, le médecin est un expert médical qui utilise son savoir afin de dispenser tous les soins nécessaires au patient. L'une des compétences principales du médecin repose donc sur «la pratique efficace des interventions de prévention et de traitement» tel que formulé par le Collège Royal des médecins et des chirurgiens du Canada. Le cadre CanMeds, conçu par cette organisation médicale, illustre les différentes compétences médicales requises. Dans ce cadre se retrouvent les compétences de «communicateur» et de «promoteur de la santé», toutes deux essentielles dans la promotion de la santé en général (Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2005)



Figure 4 : Cadre de compétences CanMeds du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

De plus, un récent rapport de la commission Drummond de l'Ontario s'appuyant sur les constats de l'OMS sur l'ampleur des conséquences des mauvaises HV de la population, a

conseillé le gouvernement ontarien au sujet de la promotion de la santé et de la prévention. La recommandation 5-83 énonce que :

« Face à des patients aux prises avec des problèmes de santé tels que les maladies cardiovasculaires et le diabète de type 2, les médecins devraient aborder les questions d'exercice et d'alimentation avec eux avant d'utiliser le bloc-notes de prescriptions. Les patients doivent tenir compte des conseils prodigués par leur médecin au sujet des changements d'HV lorsque ceux-ci ont été abordés». [Traduction libre]

(Jeffery, 2012)

2.2.3 L'implication du médecin dans le soutien au changement

L'implication des professionnels de la santé, dont les médecins, dans le soutien au changement des HV est primordiale (Houston Miller, 2010). En effet, du point de vue des patients, le médecin est vu comme un modèle en santé et une source crédible d'information (Foster, 2002; Lobelo, 2009). Par ailleurs, les patients atteints de MCNT peuvent avoir un suivi régulier avec le médecin et le voir plusieurs fois l'an (Lobelo, 2009). C'est donc une occasion de faire un suivi régulier, offrir du feed-back et des informations nouvelles au patient. Il a été démontré que les conseils prodigués par les médecins peuvent grandement influencer leur sentiment d'auto-efficacité, leurs efforts de perte de poids et leur motivation (Bleich, 2012).

2.3. Constat des pratiques médicales de counseling au sujet des habitudes de vie

2.3.1 Le counseling à propos des habitudes de vie par les médecins: un rôle mitigé

Les professionnels de la santé dont les médecins sont dans une position privilégiée pour conseiller sur le changement d'HV (Rose, 2011; Thande, 2009). Toutefois, les experts sont mitigés quant à l'efficacité de ces interventions par les médecins, car les résultats obtenus varient d'une étude à l'autre. Certaines recensions des écrits scientifiques ont évalué la pertinence du counseling à propos des HV prodigué par les médecins. Les interventions qui incluent la remise de documents et qui considèrent les stratégies de changement comportemental (telles que décrit ci-haut) s'avèrent efficaces (Petrella & Lanttanzio, 2002). Bien qu'il y ait des améliorations significatives au niveau de la santé, mais qu'elles soient parfois modestes, la communauté scientifique considère que le counseling à propos des HV

par les MDs est une évidence scientifique et devrait faire partie intégrante de leur pratique. Toutefois, certains auteurs recommandent de mettre l'emphasis sur les populations avec problèmes de santé (Ashenden, 1997; Fleming & Godwin, 2008).

Aussi, une publication a soulevé des doutes en 2002 lorsque the *U.S. Preventive Services Task Force* a déterminé qu'il n'y avait pas d'évidence scientifique suffisante pour recommander de manière favorable ou défavorable le counseling de l'activité physique précisément (Jacobson, 2005). Suite à cette publication, l'«American College of Preventive Medicine» (ACPM) ainsi que l'«American Journal of Preventive Medicine» (AJPM) ont publié leur position sur le counseling de l'activité physique et des HV (Jacobson, 2005). Ils énoncent que, malgré les résultats de recherche qui peuvent varier dans les écrits scientifiques, l'ACPM est en accord avec la plupart des organisations médicales américaines qui font la promotion du counseling chez les adultes sains afin de prévenir l'apparition des MCNT. Plusieurs raisons sous-tendent cette prise de position, notamment l'épidémie d'obésité et sa prise en charge peu adéquate jusqu'à présent. De plus, certaines interventions de counseling au niveau des HV ont démontré des effets positifs et elles méritent d'être considérées. En somme, l'ACPM appuie l'intégration du counseling au niveau de l'activité physique et de l'alimentation dans la pratique des professionnels de première ligne pour tous les adultes. Elle encourage la formation de ses divers intervenants sur les différents outils et stratégies de counseling afin de pouvoir soutenir adéquatement les patients (Jacobson, 2005; Rose, 2011).

2.3.2 Constat de la pratique des médecins

Les premiers écrits sur le rôle du médecin dans le counseling des HV ont été publiés dans les années 1980. Un sondage distribué à 433 médecins aux États-Unis a permis de dresser un portrait général des différentes attitudes relatives à la promotion de la santé ainsi que la confiance de ces professionnels dans ce rôle (Wechsler, 1983). Les résultats du sondage montrent que les attitudes des médecins sont favorables à la promotion de la santé et sont d'avis que cette composante de la santé est importante. Les opinions sont toutefois mitigées quant à l'importance relative de chacune des HV. Les HV les plus importantes à discuter selon ces médecins sont l'arrêt tabagique, la diminution de l'apport calorique ainsi que le

port de la ceinture en voiture. Les HV jugées moins importantes comprenaient l'exercice aérobic, la consommation sécuritaire d'alcool ainsi que d'autres aspects de l'alimentation tels que manger moins de gras saturés et l'importance d'une diète hyposodique. Aussi, seulement 40,0% des médecins rapportaient se sentir «très bien préparés» pour le counseling au point de vue de l'exercice et ce sentiment représentait 35,0% pour ce qui était de l'alimentation. Les auteurs de cette étude recommandent de favoriser l'importance des diverses HV dans l'enseignement médical afin d'obtenir un consensus dans la communauté médicale. De plus, ceux-ci jugeaient que la capacité à conseiller des patients à propos des HV était une lacune et que l'enseignement préventif dans le curriculum pourrait permettre d'augmenter la confiance des médecins dans ce rôle.

La plupart des articles publiés récemment sont des résultats de sondages auprès de populations d'étudiants en médecine, de résidents ou de médecins pratiquants. Plusieurs études effectuées dans des conditions différentes abondent dans le même sens, bien que ce soient des données déclarées, ce qui ajoute de la crédibilité aux résultats obtenus. Parallèlement, une étude sur les pratiques de counseling révèle que des données mesurées provenant des résultats d'un examen avec patient standardisé de ces étudiants corrélaient de façon significative avec les données d'un questionnaire auto-administré sur leurs pratiques de counseling, ce qui peut justifier le choix de ce type de données (Frank, 2005).

2.3.3.1 Les attitudes des médecins face à la prévention et au counseling sur les habitudes de vie

De façon générale, les étudiants en médecine ont une attitude favorable vis-à-vis le counseling à propos des saines HV. De façon inquiétante, le nombre d'étudiants ayant cette attitude favorable a tendance à diminuer en deuxième et troisième année d'étude selon l'analyse de variance à un facteur ANOVA et le test *post hoc* de la plus faible différence significative de Fisher (Fisher's least significant difference test) réalisée dans le cadre de cette étude ($F(2,28)=5,51$; $p<0,01$) (Foster, 2002). Quant aux médecins pratiquants, une étude montréalaise énonce que 76,6% des médecins de famille sont totalement en accord qu'ils devraient discuter de l'arrêt tabagique avec leurs patients, même si ce n'est pas la raison première de leur visite. Toutefois, seulement 40,9% d'entre eux considèrent posséder

les outils nécessaires pour aider leurs patients à changer (O'Loughlin, 2001). Ce constat démontre que la plupart des médecins ont des attitudes favorables envers le changement d'HV, mais que peu d'entre eux se sentent outillés pour bien le faire.

Une étude a publié que certaines caractéristiques des médecins pratiquants pourraient prédire les mauvaises attitudes face au counseling au sujet de l'alcool et du tabagisme. Ces barrières comprennent la prise d'alcool, soit de plus de trois consommations par jour (OR 8,4; IC [1,1-63,9]), le mode de vie sédentaire (OR 2,2; IC [1,1-11,1]) et le fait de ne pas se soucier de sa pression artérielle (OR 2,0; IC [1,0-3,9]) (Cornuz, 2000). Donc, un piètre souci de son propre mode de vie ne semble pas contribuer à favoriser des attitudes positives envers la pratique de counseling au sujet des HV.

2.3.3.2 La fréquence des interventions de counseling au sujet des habitudes de vie

Les résultats du sondage annuel *Medical Care Survey* du *National Ambulatory* qui recolte les données de tous les services médicaux prodigués par des médecins américains lors de rencontres en cabinet privé laissent croire que les soins relatifs à la promotion et à la prévention de la santé sont peu communs dans les pratiques (Bleich, 2011). Ce sondage rapporte qu'en 2005, seulement 28,9% des obèses ont reçu un diagnostic d'obésité. Pour ce qui est du counseling à propos des HV, 25,2% des patients obèses ont obtenu des conseils sur l'alimentation et 20,5% sur l'activité physique. Une autre étude dévoile que 34% des adultes américains ont été conseillés au sujet de l'activité physique lors de leur dernière visite chez leur médecin de famille (Lobelo, 2009).

Le *Healthy People 2010* est un programme gouvernemental américain qui, selon les données scientifiques récentes, guide les actions des instances au niveau de la promotion de la santé et la prévention des maladies. Selon des données qu'ils ont récolté, on remarque qu'aux États-Unis, la fréquence de counseling préventif a diminué de 10% entre 1996-97 et 2007-08 (Centers for Disease Control and Prevention, 2011; Sciamanna, non publié).

Au Québec, la fréquence de conseil sur les HV caractérise entre 10-37%, des visites dans le cabinet du médecin, la fréquence variant selon l'HV évaluée (Sauvageau, 2008). Un tiers des patients ont déclaré avoir été questionnés par leur médecin au sujet de l'activité

physique et du tabagisme, tandis qu'un patient sur dix dit avoir discuté de la consommation de fruits et légumes lors de cette rencontre. Selon cette étude, le counseling était davantage réalisé chez des patients présentant des MCNT ou avec présence des facteurs de risque. En conclusion, cette auteure recommande de pratiquer le counseling des HV à l'ensemble des patients et non seulement aux patients atteints de MCNT étant donné la haute prévalence des facteurs de risque dans la population.

2.3.4 Les barrières qui minent la fréquence de counseling des habitudes de vie

2.3.4.1 Les contraintes de temps et de remboursement

Plusieurs éléments peuvent expliquer la faible fréquence de counseling par les médecins. Plusieurs de ces professionnels voient de multiples barrières empêchant de prodiguer le counseling entourant les HV. Tout d'abord, il existe des contraintes de temps importantes puisque celui-ci est limité et ce n'est souvent pas le seul sujet de discussion à aborder avec le patient (Cornuz, 2000; Foster, 2002; Lobelo, 2009). Le counseling au niveau des HV est facilement esquivé lorsque le temps vient à manquer durant la consultation. Aussi, le manque de remboursement accordé à ce type de service est une autre barrière potentielle évoquée par certaines études (Foster, 2002; Lobelo, 2009).

2.3.4.2 Le sentiment de confiance et d'efficacité

De nombreux médecins ont une attitude positive face au counseling à propos des HV. À l'inverse, plusieurs ont une attitude défavorable concernant l'efficacité du counseling et croient que ces démarches sont peu efficaces pour aider le patient, ce qui est une barrière importante à conseiller ses patients au sujet des HV (Foster, 2002). En effet, une faible confiance en soi et un faible sentiment de compétence dans ce rôle sont associés à une fréquence plus faible de counseling. Ainsi, une étude auprès d'internistes rapporte que seulement 24,0% d'entre eux perçoivent une réussite lorsqu'ils discutent de changement d'HV avec leurs patients et que seulement 35,0% d'entre eux se sentent confiants dans ce rôle (Rogers, 2006). Ceci démontre à quel point les médecins se sentent peu outillés face au counseling au sujet des HV et cela entrave la régularité et la fréquence de cette intervention primordiale.

2.3.4.3 Les connaissances des médecins reliées aux saines habitudes de vie

Une autre barrière importante se situe par rapport aux connaissances sur les bénéfices réels des saines HV, c'est-à-dire de l'impact absolu ou relatif des saines HV dans des conditions médicales spécifiques ou sur la santé globale. Une étude a démontré que la limite des connaissances est jugée la plus importante barrière rapportée dans cette étude face au counseling nutritionnel et de l'arrêt tabagique (Cornuz, 2000). Aussi, les connaissances des outils et des stratégies de counseling sont grandement utiles et peuvent permettre le changement d'HV chez le patient, mais la plupart des médecins ne les connaissent pas ou ne savent pas comment les appliquer dans leur pratique (Guiffre, 2009). Une intervention efficace ne peut être réussie sans l'application des connaissances adéquates, autant pour les effets scientifiquement prouvés de certaines HV, que pour les des outils pertinents au counseling. De bonnes connaissances peuvent se traduire par l'augmentation de la confiance et de l'auto-efficacité dans cette intervention.

En ce sens, un projet de recherche a été mis sur pied par des chercheurs en obésité du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) qui consistait à offrir un préceptorat de deux jours et l'accès à des outils en ligne et à du réseautage afin d'inciter les médecins de première ligne à augmenter leur implication dans le traitement de l'obésité (Baillargeon, soumis pour publication). Les médecins et infirmières participants au projet ont été questionnés sur leur confiance dans leur capacité à traiter leurs patients au sujet de cette maladie chronique (OMS, 1997) et à faire du counseling sur les saines HV. Avant la tenue du préceptorat, le niveau de confiance moyen à prodiguer des conseils sur l'alimentation était de 4,8/10, celui-ci a grimpé à 7,4/10 après la formation et, un an plus tard, il s'était maintenu à 7,2/10. Bref, il semble que l'amélioration des connaissances et des outils augmente le niveau de confiance et du sentiment d'auto-efficacité du personnel médical dans le counseling des saines HV.

2.4. Les habitudes de vie et la formation médicale

2.4.1 Les changements des habitudes de vie durant les études universitaires

Durant la première année universitaire, on observe chez les étudiants, sans égard au programme d'étude, une augmentation significative du poids entre 0,7 à 1,3 kg (Crombie, 2009). Une méta-analyse de Levitsky et al. a rapporté une augmentation significative moyenne de 1,9 kg et a créé un modèle expliquant cette prise de poids tel qu'illustré par la figure 5 (Levitsky, 2004). On constate, en ce qui a trait des habitudes alimentaires, une augmentation des collations et des aliments peu nutritifs ainsi qu'une baisse de la consommation des aliments riches en nutriments tels que les fruits et légumes. Pour les habitudes reliées à l'activité physique, le temps sédentaire se voit augmenté, mais le temps accordé aux activités physiques de loisir, de la vie quotidienne et de transport est diminué (Butler, 2004; Jung, 2008).

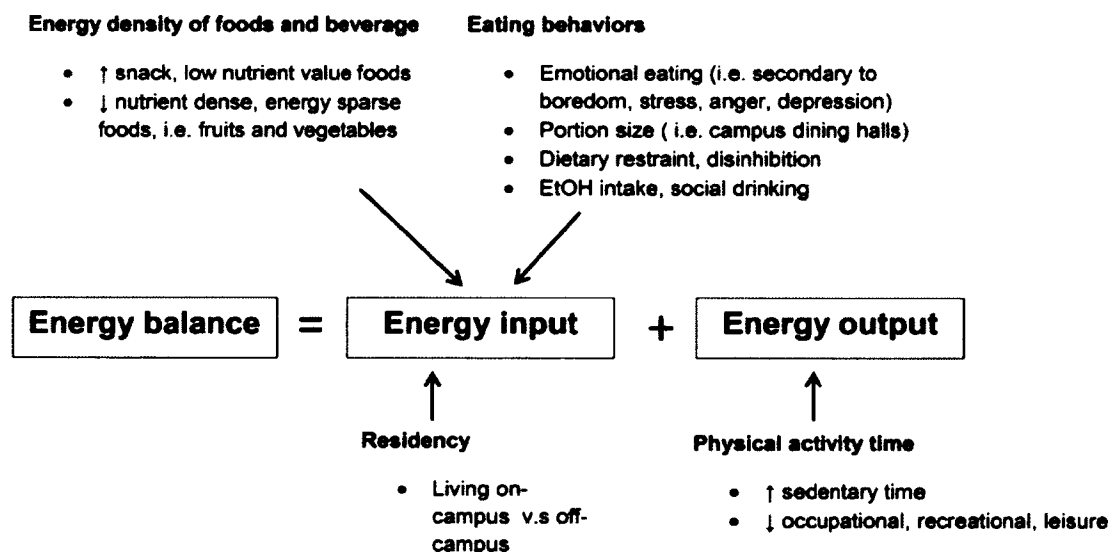


Figure 5 : Facteurs influençant les changements de poids en fonction de l'équation de la balance énergétique chez les étudiants universitaires selon Levitsky *et al.*

Figure reproduite avec l'autorisation de l'éditeur

Auprès des étudiants en médecine spécifiquement, on constate que la prévalence d'un mode de vie sain n'est pas nécessairement plus importante que dans la population générale canadienne (Rakel & Hedgecock, 2008; Rogers, 2006). Toutefois, un sondage distribué aux étudiants de la FMSSUS en 2008 démontre que la proportion des étudiants qui répondent à

certaines critères concernant la pratique d'activité physique recommandée de 150 minutes par semaine, est de 54,0% comparativement à la population générale qui est de 15,0%. Malgré cette différence, une proportion non-négligeable d'étudiants (46%) ne répond pas aux critères de saines HV (Langlois, 2011).

Une étude américaine s'est attardée aux habitudes d'activités physiques de résidents afin de déterminer s'ils sont de bons modèles pour leurs patients (Rogers, 2006). On constate que, durant les années de résidence, le niveau de condition physique des résidents diminue. Le niveau d'activité physique a été mesuré à l'aide d'un journal de 7 jours chez 40 résidents. On constate que 60% d'entre eux (n=24) se situent en dessous de la moyenne recommandée, 25% (n=10) sont au niveau de la moyenne et 15% (n=6) sont au-delà de la moyenne. Les recommandations en activité sont basées sur une pratique de 20 minutes d'activité physique d'intensité élevée pour un minimum de 3 jours par semaine ou de 30 minutes d'activité physique d'intensité moyenne pour un minimum de 5 jours par semaine.

2.4.2 Les connaissances des étudiants en médecine à propos des saines habitudes de vie

Selon une étude publiée en 2002, les connaissances d'étudiants en médecine d'une université américaine en ce qui a trait HV reliées aux MCNT sont inadéquates et nécessitent des améliorations (Foster, 2002). Dans cette étude, les connaissances de base en alimentation et en activité physique ont été évaluées par un questionnaire. On constate que les connaissances des lignes directrices de santé publique américaine au niveau de la pratique d'activité physique, de l'alimentation, des facteurs de risques des maladies cardiovasculaires et de l'IMC. En effet, seulement 8% des étudiants connaissaient les valeurs d'IMC associés à un moindre risque de maladies cardio-vasculaires. Selon l'auteure de l'étude, l'amélioration des connaissances pourrait favoriser la fréquence de counseling de ces futurs médecins.

2.4.3 La formation en prévention dans les institutions universitaires

Il a été mentionné précédemment qu'un faible sentiment de confiance dans l'efficacité du counseling au sujet des HV est lié à une fréquence faible de counseling. Ce faible sentiment de confiance ainsi que le manque de connaissances peuvent découler de manquements dans

la formation des médecins. Malgré l'importance accordée à la prise en charge des saines HV par les organisations médicales, peu d'institutions universitaires offrent une formation de cet ordre à leurs étudiants en médecine. Aux États-Unis, seulement 13% des 102 écoles américaines incluaient un enseignement à propos de l'activité physique et de la santé dans leur curriculum (Lobelo, 2009).

Néanmoins, certaines universités américaines ont introduit un programme touchant l'enseignement préventif entourant les saines HV. Par exemple, la *Northwestern University Feinberg School of Medicine* dans l'Illinois a introduit un programme dans son curriculum qui vise essentiellement l'augmentation des connaissances des HV, les stratégies de counseling et la promotion du bien-être chez les étudiants. Ce programme comporte six séances de deux heures sur différents sujets des HV incluant l'arrêt tabagique, les principes du changement d'habitude et la gestion adéquate de l'obésité. De plus, les résultats montrent que la plupart des étudiants ont réussi à améliorer l'habitude qu'ils avaient personnellement choisi d'améliorer au cours de la session d'étude (Kushner, 2011). De telles initiatives semblent avoir un impact auprès des étudiants en leur permettant d'expérimenter le processus de changement d'HV.

Les programmes peuvent avoir un impact au sujet des étudiants qu'ils soient livrés de façon intensive en moins de quelques heures ou qu'ils soient instaurés durant une ou plusieurs sessions scolaires. Les impacts reconnus par l'implantation de tels programmes sont l'amélioration des attitudes face au soutien au changement, l'amélioration des connaissances (Spollen, 2010) et l'augmentation de la confiance et de l'auto-efficacité dans le soutien au changement (Conroy, 2004). Toutefois, l'influence du programme sur les étudiants a été évaluée à court terme, soit peu de temps après la mise en œuvre des différents programmes et il n'y avait pas de groupe témoin dans les études pour comparer et évaluer l'ampleur du changement. La rétention de l'information de ces étudiants à plus long terme et leurs aptitudes à conseiller des patients n'ont pas non plus été évaluées.

Au Canada, peu d'universités ont une programmation axée sur la prévention comprenant des notions de base sur les saines HV et des outils de conseil. L'Université de Sherbrooke,

quant à elle, se distingue par son programme complet sur l'enseignement des HV et des stratégies de counseling. Certaines universités avoisinantes incluent quelques ateliers ou cours intensifs durant un stage de médecine, tel qu'à l'Université de Montréal où une portion du stage de quatre semaines de médecine communautaire est dédié à l'enseignement préventif. Par de la formation théorique et pratique, ce stage couvre plusieurs notions de prévention et de promotion de la santé, de l'entretien motivationnel et d'autres notions de counseling (Maheux, 2010-11).

Les résultats d'un sondage auprès d'universités canadiennes témoignent du degré de satisfaction des étudiants au sujet de l'enseignement préventif nutritionnel dans la formation de premier cycle (Gramlich, 2010). La satisfaction moyenne des étudiants au sujet de l'enseignement global de l'alimentation est de 4,7/10 (étendue de 3,8 à 5,3 \pm 0,06). En effet, 87,2 % des étudiants croient que le programme de formation au premier cycle devrait consacrer plus de temps à la formation en alimentation. Selon cette étude, un nombre significatif d'étudiants se disent insatisfaits au sujet de leur formation en nutrition et de leur aptitude à donner des conseils judicieux en matière d'alimentation ajustés à leur clientèle.

Une étude a répertorié les limites évoquées par les universités face à l'introduction de l'enseignement de la prévention. Les barrières potentielles incluent les limites de temps en classe et du curriculum entier, le manque de sensibilisation et d'engagement dans les écoles à des niveaux supérieurs qu'au niveau pré-clinique et le manque d'experts médicaux en mesure d'enseigner au sujet des différentes HV (Gramlich, 2010).

2.4.4 Les recommandations des écrits scientifiques pour la formation médicale

La plupart des études observationnelles où l'on discute de la situation présente quant aux pratiques de counseling des médecins recommandent l'enseignement du counseling et des bonnes HV dans le curriculum médical afin d'améliorer les pratiques (Conroy, 2004; Jacobson, 2005). Selon Thande, le temps opportun pour améliorer les pratiques de

counseling sur la gestion du poids serait durant les études médicales pré-doctorales et les années de résidence (Thande, 2009).

Une récente recension systématique des écrits scientifiques a permis de recenser et d'évaluer les programmes de counseling sur la modification des HV dans la formation médicale (Hauer, 2012). Les auteurs de cette étude accordent une grande importance à l'implantation de ce type de programme dans le curriculum médical. Les conclusions de cette recension suggèrent que cet apprentissage doit se faire à travers une pratique active comme par l'utilisation d'exercices didactiques et l'utilisation de patients standardisés dans une mise en contexte se rapprochant de la pratique.

2.5 Associations entre le counseling et certaines caractéristiques spécifiques des médecins

2.5.1 Associations entre les habitudes de vie et la fréquence de conseil

Une étude a évalué les différents facteurs prédisant le counseling à propos des HV chez les médecins canadiens (Frank, 2010). Pour ce faire, un sondage a été distribué à tous les médecins pratiquant au Canada entre novembre 2007 et mai 2008. Ce sondage comportait des questions sur trois sujets, soit les HV présentes des répondants, leurs opinions concernant le counseling des HV ainsi que leur pratique de counseling au sujet des HV. L'objectif était d'évaluer les liens entre les pratiques de counseling et, d'une part, les HV des médecins et, d'autre part, les attitudes des médecins à propos des saines HV. 3213 médecins ont répondu au sondage, ce qui représente un taux de réponse de 41%. Les résultats de l'étude montrent que les médecins avec de bonnes HV ont plus tendance à conseiller leurs patients sur celles-ci et cette relation est statistiquement significative pour ce qui est de l'alcool, l'arrêt tabagique, la pratique d'activité physique, la consommation de fruits et légumes et la gestion du poids. En ce qui a trait aux attitudes, 32% des médecins dont la pratique de counseling se situe entre «régulièrement ou toujours» sont fortement d'accord que: « Pour encourager un patient à adhérer aux bonnes HV, le médecin doit lui aussi y adhérer».

Cet article est intéressant puisqu'on explore les HV de façon approfondie et plusieurs associations sont observées entre les différentes variables afin de dresser le portrait de façon complète. Par contre, l'instrument de mesure pour certaines variables du questionnaire limite l'interprétation de ces dernières. Par exemple, l'échelle de Likert pour mesurer une fréquence de conseil ne permet pas de mesurer précisément cette variable. Les données déclarées entraînent aussi un biais de désirabilité sociale, car il est connu que tout individu, particulièrement les médecins, ont un souci de bien faire et peuvent surestimer leurs performances.

Une autre étude réalisée auprès de 40 résidents a exploré les différentes attitudes, le niveau d'AP et les connaissances des techniques de counseling (Rogers, 2006). Les résultats montrent une relation positive entre le niveau d'AP des résidents et une fréquence plus élevée de counseling ($r=0,39$; $p=0,006$). Dans la discussion de cet article, on insiste sur le fait que, selon les données recueillies, peu de résidents sont de bons modèles pour promouvoir l'AP, car une majorité de ceux-ci ne rencontrent pas les recommandations en matière d'AP, ont une faible condition cardiovasculaire et manquent de confiance dans leur propre engagement envers l'AP. Aussi, on note que ceux-ci manquent de connaissances par rapport aux recommandations en AP de l'American College of Sport Medicine (ACSM) et les techniques de modification des HV sont peu utilisées dans leur pratique.

Enfin, cette étude permet de dresser un portrait de la situation chez les résidents, même si le rythme de vie en résidence ne représente pas tout à fait celui de leur pratique ultérieure. Cet article est intéressant, car il explore des liens entre différentes variables telles que les HV par un journal d'activité physique, la condition cardio-vasculaire mesurée par un test de $VO_2\text{max}$ ainsi que la fréquence de conseil à propos des HV. La faible taille de l'échantillon ($n=40$) a pu toutefois diminuer la puissance à détecter des relations significatives.

2.5.2 Associations entre les connaissances des habitudes de vie et la fréquence de conseil

L'étude auprès de résidents décrite dans la section 2.5.1 a aussi exploré les associations au niveau des connaissances des participants et de leur fréquence de conseil (Rogers, 2006). On observe que la fréquence de counseling rapportée par les résidents est liée à la confiance

de posséder les connaissances adéquates à propos des recommandations de AP de l'ACSM ($r=0,3$; $p=0,03$). Les résidents qui ont confiance en leurs connaissances adéquates représentent toutefois moins de 15% de l'échantillon des participants de l'étude, donc ce n'est pas la majorité d'entre eux qui se sentent confiants.

2.5.3 Associations entre les indicateurs anthropométriques et la fréquence de conseil

Des chercheurs se sont intéressés à la perception des patients vis-à-vis les conseils qu'ils ont obtenus sur les HV en fonction de l'IMC du médecin (obèse ou non-obèse) qui donnait ces conseils (Hash, 2003). Deux-cent-vingt-six patients ont été questionnés sur leur réceptivité au changement après la visite dans le cabinet du MD. Les résultats de l'analyse de covariance (ANCOVA) démontrent que plus de patients ont une meilleure perception des conseils reçus par des médecins non-obèses que des médecins obèses. Les patients ont une meilleure perception des conseils reçus pour le traitement des maladies si le médecin est non-obèse (patient avec médecin obèse $X=12,2\pm6,9$ et patient avec médecin non-obèse $X=14,4\pm8,4$; $p=0,049$; X =score du questionnaire). La perception des conseils reçus au niveau du poids et de la condition physique tend à être meilleure lorsque les conseils sont donnés par des médecins non-obèses (patients avec médecin obèse $X=15,7\pm7,8$ et patients avec médecin non-obèse $X=17,8\pm9,2$; $p=0,075$; X = score du questionnaire).

Une autre étude a évalué l'impact de l'IMC du médecin sur les soins de santé en obésité qu'obtiennent les patients (Bleich, 2012). À l'aide d'un sondage rempli par 500 médecins américains, on constate que les médecins avec un IMC normal rapportent plus fréquemment avoir discuté avec leur patient de perte de poids (30% de l'échantillon) comparativement aux médecins en surplus de poids (18%) ($p=0,01$). Même en ajustant pour plusieurs caractéristiques des médecins telles que l'ethnie, l'âge, la formation sur la gestion de l'obésité et le type d'assurance santé acceptée, la différence subsiste ($p=0,04$).

2.5.4 Associations entre les connaissances des habitudes de vie et la performance de conseil

Une étude américaine a évalué la performance des étudiants en médecine de *Michigan State University* à effectuer le counseling de l'arrêt tabagique à l'aide de patients standardisés (Wadland, 2011). Deux cohortes successives participent à cette étude qui ont toutes deux reçu le cours *Human Medicine Tobacco Intervention Curriculum*, des ateliers didactiques d'une durée totale de 10 heures comprenant une section théorique et pratique avec la mise en application de la théorie et des stratégies de counseling. Toutefois, ce ne sont pas les mêmes outils de counseling qui ont été enseignés aux deux cohortes. La cohorte 1 et 2 ont bénéficié de l'enseignement de l'outil des 5 A's (*Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange*). De plus, l'enseignement d'un modèle de prise de décision décrivant les diverses étapes à discuter en rencontre avec un patient nommé *RIP-UU model* a aussi été enseigné à la cohorte 2, mais pas à la cohorte 1. Les instruments de mesure de cette étude visaient à évaluer les connaissances et les aptitudes des étudiants à l'aide d'un examen théorique et d'un examen oral portant sur différents cas cliniques communs durant un stage de médecine de famille. La troisième évaluation comportait une entrevue avec un patient standardisé où l'étudiant devait utiliser différents outils de counseling afin d'aider le patient au niveau de son arrêt tabagique. Les entrevues ont été enregistrées par vidéo et corrigées par des membres de la faculté du corps professoral. Le but de cette étude était d'évaluer les liens entre la performance des étudiants durant l'entrevue et les résultats des autres évaluations.

Les résultats ont démontré que les performances des deux cohortes diffèrent entre l'examen théorique écrit (cohorte 1 : 81,4% et cohorte 2 : 84,4% $p=0,001$) et oral (cohorte 1 : 85,6% et cohorte 2 : 80,5% $p=0,001$), mais elles sont similaires à l'entrevue ($p=0,63$). Les analyses des régressions linéaires ont été faites séparément entre les deux groupes. Les scores de l'entrevue sont positivement liés aux résultats de l'examen oral et cela est statistiquement significatif (cohorte 1 $\beta=0,26; p<0,001$; cohorte 2 $\beta=0,26 p=0,001$). Les résultats de cette étude permettent de montrer que les étudiants en médecine ayant les connaissances adéquates sont en mesure, par un cas standardisé, de performer dans le counseling au niveau de l'arrêt tabagique. Le principal objectif de cette étude n'est pas de comparer les deux cohortes entre elles au sujet de leur performance aux examens, mais plutôt de voir si,

avec un bagage de connaissances différentes au sujet du counseling, les liens sont similaires entre la performance à l'entrevue et les examens.

Un élément intéressant de l'étude est que l'on évalue la performance des étudiants et non pas la fréquence de counseling, cette première étant peu documentée jusqu'à présent. Aussi, plusieurs outils de counseling sont utilisés pour évaluer les étudiants dans l'entrevue. Toutefois, l'absence de groupe témoin ne permet pas de comparer la performance des étudiants en entrevue n'ayant pas reçu de cours sur l'arrêt tabagique. De plus, les performances à l'entrevue ne devraient pas être comparées entre elles puisque chaque cohorte a bénéficié de l'enseignement d'outils différents. Finalement, une seule HV (cessation tabagique) a été ciblée dans cette étude, ce qui ne permet pas la généralisation à l'ensemble des changements d'HV.

En résumé, la recension des écrits a permis de faire la lumière sur les différents liens entre les HV, les connaissances des HV et un IMC sain. L'annexe E présente un tableau-résumé des différentes études discutant des liens recensés concernant les variables à l'étude. Ainsi, on constate que de meilleures HV et les indicateurs anthropométriques sains des médecins sont liés à une augmentation de la fréquence de counseling à propos des HV. Aussi, l'amélioration des connaissances est liée à l'augmentation de la confiance et de l'auto-efficacité dans les interventions de counseling. De plus, chez les étudiants en médecine, l'amélioration des connaissances est liée à une meilleure performance dans le counseling de l'arrêt tabagique. Bien que la fréquence de conseil soit documentée, il existe peu d'informations sur la qualité du counseling prodigué, qui est essentielle à la durabilité du changement. Pour ces raisons, je me penche, dans le cadre de ma maîtrise, sur l'évaluation et la documentation de la compétence de conseil. Par le fait même, je tenterai de déterminer s'il existe des liens entre cette variable et les HV des étudiants en médecine, leurs connaissances des saines HV ainsi que leurs indicateurs anthropométriques en plus de suivre l'évolution de ces caractéristiques durant les années pré-doctorales.

CHAPITRE 3 : APPROCHE PROPOSÉE

Objectifs

Ce projet de recherche vise l'atteinte de deux objectifs en lien avec les caractéristiques des étudiants MD.

Objectif #1

Suivre l'évolution des caractéristiques des étudiants en médecine de leur entrée en médecine jusqu'à la fin de l'externat au sujet de :

- 1- Leurs habitudes de vie;
- 2- Leurs connaissances des saines HV;
- 3- Leurs indicateurs anthropométriques.

Objectif #2

Déterminer s'il existe des relations entre la compétence de conseil des étudiants en médecine à la fin de l'externat et :

- 1- Les habitudes de vie de ces étudiants;
- 2- Leurs connaissances en matière de saines HV;
- 3- Leurs propres indicateurs anthropométriques.

Hypothèses

Hypothèse #1

Il y aura des changements significatifs à propos des caractéristiques des étudiants qui se traduiront par;

1. Leurs habitudes de vie;
 - 1.1 Augmentation de la pratique d'activité physique de loisirs;
 - 1.2 Augmentation de la consommation de portions de fruits et légumes;

2. L'amélioration des connaissances générales au sujet des saines HV des questions de santé publique du questionnaire de la Chaire Lucie et André Chagnon et réussiront avec succès les examens 1 et 2;
3. Leurs indicateurs anthropométriques;

3.1 Maintien ou diminution du poids, de l'IMC et du tour de taille.

Hypothèse #2

1. Il existe une relation linéaire positive entre la compétence de conseil et la dépense énergétique de loisirs par jour à la fin de l'externat ;
2. Il existe une relation linéaire positive entre la compétence de conseil et le nombre de portions de fruits et légumes consommés par jour à la fin de l'externat;
3. Il existe une relation linéaire négative entre la compétence de conseil et l'IMC mesuré à la fin de l'externat;
4. Il existe une relation linéaire positive entre la compétence de conseil et les résultats aux examens théoriques de 1^{ère} et 2^e année de médecine.

L'hypothèse 1 est appuyée par le fait que les résultats de l'étude pilote réalisée à la FMSS (Hivert, 2007) a démontré une diminution significative du poids des étudiants ayant participé aux séances interactives sur les HV. Le programme éducationnel est similaire à ce devis, c'est pourquoi nous croyons que des résultats semblables peuvent être observables dans ce projet et transposés pour les HV et les connaissances des saines HV.

Pour l'hypothèse 2, nous avons observé dans les écrits scientifiques des liens entre les connaissances des HV et la performance dans le counseling des HV. Nous croyons donc qu'il est plausible que des liens entre la compétence de conseil et les HV, les connaissances des saines HV et les indicateurs anthropométriques soient possibles. Pour ce qui est des indicateurs anthropométriques, la variable utilisée est l'IMC donc la relation linéaire serait inverse soit un IMC plus bas serait liée à une compétence de conseil plus grande.

CHAPITRE 4 : MÉTHODES

4.1 Devis de l'étude

Le présent projet de recherche s'inscrit dans le cadre de l'étude principale nommée : «étude de l'impact de l'implantation du volet HV dans le Programme MD». Mon projet de maîtrise concerne une partie de l'étude principale et le terme «sous-étude» sera utilisé pour la représenter.». Le devis de recherche de la sous-étude effectuée dans le cadre de ma maîtrise s'inscrit dans celui de l'étude principale, soit un devis de cohorte prospective. C'est une étude d'observation, longitudinale, où l'on suit l'évolution des caractéristiques des étudiants qui ont accès au programme éducationnel. Les sujets sont suivis pendant quatre années, soit de leur entrée en médecine à la fin de leur externat.

4.2 Recrutement de sujets

4.2.1 Population à l'étude et échantillonnage

La cohorte à l'étude est composée d'étudiants recrutés alors qu'ils débutaient leur première année au doctorat en médecine à l'automne 2008. Ce sont les premiers étudiants à bénéficier du programme éducationnel « Profession MD: volet HV ». Les sujets recrutés pour le projet «Étude de l'impact» représentent 202 étudiants sur une possibilité totale de 205 étudiants. Les différentes évaluations de l'étude (questionnaires, examens) ont cours dans le cadre du programme de Profession MD: volet HV. La participation à l'étude n'a donc pas impliqué de charge de travail supplémentaire pour la participation au projet «Évaluation de l'impact» mis à part un formulaire à remplir à propos des données démographiques, des antécédents familiaux et des coordonnées personnelles.

Les participants ont été recrutés selon une méthode d'échantillonnage non-probabiliste de convenance pour le projet «Étude de l'impact». Des membres de l'équipe de recherche sont passés dans les classes pour présenter le projet de recherche et demander la participation des étudiants. La majorité des étudiants ont accepté de participer à l'étude sauf 3 personnes. En raison de la population spécifique à l'étude qui est dans un contexte scolaire, cette

méthode est la plus appropriée. Le nombre de sujets recrutés (202) étant élevé en comparaison à la population totale (205), l'échantillon représente donc bien la population à l'étude.

Dans le cadre de la sous-étude un sous-groupe de la cohorte intervention a été recruté. Les étudiants participants à l'étude qui ne présentaient aucun critère d'exclusion ont été recontactés et invités à participer à une évaluation supplémentaire sur la compétence de conseil. La première invitation a été faite par courriel sur leur adresse institutionnelle (prénom.nom@usherbrooke.ca) ainsi que sur leur adresse courriel personnelle si disponible dans la banque des données comprenant les coordonnées personnelles des sujets. Les étudiants qui n'ont pas répondu aux courriels ont aussi été contactés par téléphone. Les appels téléphoniques ont été réalisés à différents moments de la journée afin de rejoindre le plus d'étudiants possible. Après deux messages vocaux non retournés, l'étudiant n'était plus sollicité.

4.2.2 Critères d'admissibilité

- Critères d'inclusion :
 - Être étudiant au Doctorat en Médecine dans la cohorte 2008;
 - Faire partie des étudiants initialement recrutés pour le projet de «l'évaluation de l'impact» (202 sujets recrutés).
- Critères d'exclusion :
 - Ne pas étudier au campus de Sherbrooke ou en mesure de s'y déplacer pour les collectes de données;
 - Prise de médication pouvant influencer le poids corporel;
 - Interruption durant les études médicales pré-doctorales.

Nous avons obtenu une liste des étudiants de la FMSS présents au campus de Sherbrooke ou dans les environs au moment de la collecte de données et ceux-ci ont été contactés. Nous avons questionnés les étudiants contactés quant à leur cheminement scolaire à savoir s'ils avaient interrompu leurs études pré-doctorales.

4.2.3 Déroulement de l'étude

La majorité des données de l'étude ont été recueillies dans le cadre du programme éducationnel de Profession MD: Volet HV, soit les indicateurs anthropométriques, les résultats des questionnaires (HV et Q. Chaire) et les examens théoriques qui sont obligatoires dans le programme.

La figure 6 représente le déroulement de l'étude et les différentes collectes de données. Les indicateurs anthropométriques et les questionnaires des HV ont été récoltés durant la session d'automne (Années 1 à 3) dans le cadre de l'étude principale «Évaluation de l'impact». Les examens théoriques de première et deuxième année se sont déroulés à la fin de l'année 1 et 2 pour tous les étudiants du projet initial.

De plus, le questionnaire des HV et les indicateurs anthropométriques de l'année 4 ont été récoltés au printemps lors de la vignette standardisée (Année 4) dans le cadre de la sous-étude» pour un sous-échantillon seulement.

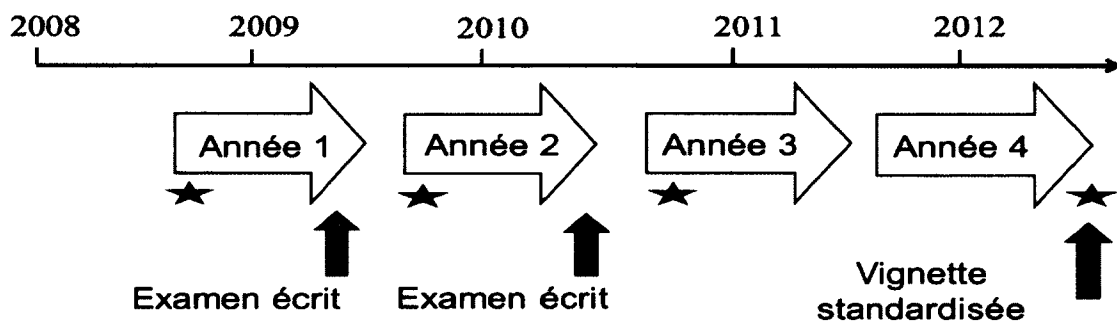


Figure 6 : Déroulement de la collecte de données de 2008 à 2012

Légende : Les étoiles représentent le moment de la collecte de données (questionnaires et indicateurs anthropométriques);

Les flèches verticales indiquent le moment de l'examen théorique ou de la vignette standardisée;

Les flèches horizontales représentent les années scolaires.

4.3 Variables et instruments de mesure

4.3.1 Indicateurs anthropométriques

Les indicateurs anthropométriques utilisés dans le cadre du projet de recherche sur la compétence de conseil comprennent la taille, le poids et le tour de taille.

Pour mesurer la taille du sujet, un stadiomètre portatif est utilisé. Le sujet doit coller ses pieds contre le stadiomètre qui est adossé au mur, garder le tronc droit et le regard fixe vers l'avant. À la suite d'une inspiration normale, la mesure est prise et rapportée en mètres.

On utilise la balance électronique pour mesurer le poids et la bio-impédance (balance Tanita TBF 300A). Le sujet doit retirer les objets de ses poches et ses souliers puis poser ses pieds sur les plateformes métalliques de la balance. La mesure est prise lorsque le sujet est debout et stable sur la balance. La mesure du poids et de la taille ont servi à calculer l'IMC (kg/m^2) des participants.

La mesure du tour de taille se fait à l'aide d'un ruban à mesurer souple. La circonférence de la taille est mesurée au-dessus des crêtes iliaques à la fin d'une expiration normale. Deux prises de mesure sont exécutées et la différence entre celles-ci doit être d'un centimètre ou moins, sinon la mesure est reprise une troisième fois pour s'assurer de la justesse de la mesure. La moyenne des deux mesures les plus près l'une de l'autre est utilisée pour les analyses.

4.3.2 Les habitudes de vie

Les instruments de mesure utilisés pour connaître les HV des étudiants sont le questionnaire sur les habitudes de vie (QHV) et le Questionnaire de la Chaire Lucie et André Chagnon (Q. Chaire).

4.3.2.1 Le questionnaire sur les habitudes de vie

Le questionnaire sur les HV est un questionnaire auto-administré de 22 questions et nécessite environ 5 à 10 minutes à remplir (Annexe C). Les questions sont tirées du

sondage de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2004 (Statistique Canada, 2009). Les données recueillies par ce questionnaire sont des données déclarées obtenues de questions à échelle continue ou catégorique de différents niveaux. Ce présent questionnaire n'a pas été validé, mais les questions sont tirées du sondage de l'ESCC qui a été validé.

Les HV explorées par ce questionnaire sont l'activité physique, l'alimentation et le sommeil. Pour ce qui est de l'activité physique, des questions portent sur les activités de loisir, de transport et du travail ainsi que les activités sédentaires du répondant. Les étudiants devaient rapporter chaque activité pratiquée ainsi que sa fréquence et sa durée. La variable principale utilisée dans les analyses de corrélations pour l'activité physique est la dépense énergétique liée aux loisirs actifs des trois derniers mois, estimée selon l'index d'activité physique du questionnaire (exprimé en kilocalories/kilogramme/jour [kcal/kg/jour]) (Statistique Canada, 2006).

Parmi l'ensemble des questions concernant l'alimentation, la fréquence journalière de consommation de portions fruits et légumes est utilisée pour les corrélations avec la compétence de conseil. Les étudiants étaient questionnés sur le nombre de portions de fruits excluant les jus et devaient le rapporter sur la période de leur choix soit par jour, semaine, mois ou année. Puis, ils devaient indiquer le nombre de portions de légumes consommés excepté les pommes de terre et les jus de légumes selon le même choix de période. Le nombre de portions de fruits et de légumes consommés par jour a par la suite été calculé. C'est une variable de référence qui représente bien une saine alimentation et qui a été utilisée comme variable de référence dans d'autres études avec des populations semblables (Frank, 2010). Des résultats concernant la fréquence de repas pris à l'extérieur seront aussi présentés afin de documenter les HV des étudiants.

4.3.2.2 Le questionnaire de la Chaire Lucie et André Chagnon

Ce questionnaire conçu par la titulaire de la Chaire Lucie et André Chagnon de la FMSS, Marianne Xhignesse, afin de mesurer l'état et les connaissances de santé générale des étudiants de la FMSS. C'est un sondage qui a été rempli annuellement par les étudiants (Annexe D). Il comporte 20 questions à échelle ordinale (de Likert) ou à choix de réponse

dichotomique. Les questions portent sur les HV en général, sur la santé globale ainsi que sur les connaissances de certaines recommandations de santé publique concernant les HV. Certaines questions couvraient des sujets qui se retrouvaient aussi dans le QHV mais formulées différemment. Pour ce qui est de la pratique d'activité physique, les étudiants devaient répondre à la question suivante : «En moyenne, combien de minutes par jour consacrez-vous à l'activité physique?». Pour connaître leur consommation journalière de fruits et légumes, la question était formulée comme suit : «En moyenne, combien de portions de fruits et légumes consommez-vous par jour?». Pour leur IMC, les étudiants devaient, en tenant compte de leur poids et de leur taille, utiliser le tableau du questionnaire pour trouver leur IMC (voir Annexe D). Certaines données telles que la consommation de fruits et légumes et le niveau d'activité physique qui sont aussi mesurées dans le QHV ont été utilisées pour trianguler les données.

4.3.3 Évaluation des connaissances

Les connaissances des étudiants au sujet des saines HV constituent une autre des variables indépendantes, évaluées à l'aide d'examens écrits dans le cadre du programme de Profession MD: Volet HV. À la fin de la première et de la deuxième année de formation, les étudiants sont évalués sur les connaissances acquises pendant le cours magistral et les séances interactives de l'année en cours. Les examens comportent diverses questions à choix multiple et à court développement sur le contenu des diverses séances sur les HV. L'examen de première année comprend 27 questions et l'examen de deuxième année, 20 questions. Chaque séance interactive a été par 1 ou 2 des questions d'examen.

4.3.4 L'évaluation de la compétence de conseil

L'instrument de mesure pour évaluer la compétence de conseil sur les saines HV est une vignette clinique standardisée. La compétence de conseil est le terme choisi dans le but d'évaluer les capacités à conseiller adéquatement un patient au sujet des HV. Les habiletés cliniques des étudiants en médecine sont souvent évaluées à l'aide d'examens cliniques objectifs structurés (ECOS) durant leur curriculum. Nous avons préparé une évaluation similaire, la vignette clinique standardisée qui permet d'évaluer la compétence à conseiller

au sujet des HV. La correction de la vignette clinique standardisée se fait à l'aide d'une grille de correction standardisée qui a été développée dans le cadre de ce projet.

4.3.4.1 La grille de correction standardisée

La validation de contenu de la grille de correction a été réalisée par l'entremise des évaluateurs et d'une experte en mesures et évaluation médicales, Pr Christina St-Onge, à partir de la grille traditionnelle des ECOS avec laquelle les étudiants sont couramment évalués dans le curriculum MD (Wadland, 2011). À l'aide du regroupement d'experts, la pertinence de chaque item de la grille a été vérifiée en se référant aux objectifs du programme «Profession MD : volet HV». Une discussion quant à la nécessité et la définition de chaque item dans le cadre d'un counseling sur les saines HV a eu lieu entre les différents experts. Au besoin, certains items ont été retirés ou ajoutés selon un consensus afin de bien cerner tous les éléments essentiels au bon counseling sur les HV. La grille a été conçue en cinq différentes sections, divisées en quinze catégories contenant les 59 items à évaluer (Annexe F).

Ensuite, deux vignettes-tests ont été enregistrées avec un patient standardisé du programme d'utilisation des patients standardisés et réels (PUPSR) et où l'étudiant était remplacé par un membre de l'équipe de recherche en obésité. Les vignettes-tests se sont déroulées de la même façon que les vignettes avec les étudiants (voir section 3.4.3). Les évaluateurs potentiels ont visionné et coté ces deux vignettes-tests. Pour chaque item, l'évaluateur devait cocher si l'étudiant l'avait réussi ou non. Une discussion entre les experts sur leurs scores respectifs a permis de vérifier la capacité de la grille à refléter la compétence de conseil de l'étudiant. Pour chaque item, chaque évaluateur a indiqué si, selon lui, «l'étudiant» avait réussi ce critère. Si les cotes des évaluateurs divergeaient pour un item, ceux-ci discutaient entre eux afin d'obtenir un consensus sur la façon d'évaluer l'item. Au besoin, les items de la grille ont été redéfinis suite à la discussion.

Suite à cette discussion, chaque item a été détaillé par écrit en un document selon ce qui devrait être atteint par l'étudiant pour mériter le point à des fins de standardisation (Annexe G). L'évaluateur avait en sa possession ce document lors du visionnement des vignettes cliniques et pouvait s'y référer au besoin pour s'assurer de la justesse de son évaluation.

Enfin, chaque item a été associé à l'un des objectifs des séances du programme Profession MD: volet HV permettant de vérifier si le contenu mesuré dans le cadre de cette évaluation équivalait au contenu enseigné.

4.3.4.2 Le choix des évaluateurs

Parmi un choix des quatre experts en counseling au sujet des saines HV, nous en avons retenu 3 en raison de soucis de logistique et de précision dans les scores des évaluations. Les 3 évaluateurs qui avaient les scores totaux les plus similaires dans les vignettes-tests ont été retenus. La similarité entre les scores des évaluateurs permettent d'augmenter la précision des scores et de diminuer la variance inter-évaluateurs. Les juges doivent être le plus homogène possible afin que le résultat final de l'étudiant reflète le mieux sa réelle performance et que cela ne représente pas uniquement la moyenne de plusieurs cotes qui diffèrent.

4.3.4.3 Description de la vignette clinique standardisée

Une vignette standardisée est semblable à un ECOS et relève d'un cas clinique, soit une entrevue d'un patient standardisé par l'étudiant en médecine. Dans le cas présent, l'étudiant devait conseiller un patient hypertendu qui nécessitait du soutien pour envisager une modification de ses HV au sujet de l'alimentation et/ou de l'activité physique. Les quatre patients-standardisés utilisés ont été formés par le PUPSR de la FMSS. La formation a été donnée par la coordonnatrice des activités de formation Sophie Dryburgh-Larouche du PUPSR. En plus de faire un retour sur les éléments pertinents du cas, les patients pouvaient poser des questions pour mieux s'approprier leur rôle. Chaque patient disposait de temps supplémentaire afin d'étudier et se préparer à jouer le cas.

L'étudiant disposait de quinze minutes pour faire une entrevue médicale comprenant le counseling des HV du patient. Tout d'abord, l'étudiant devait lire un résumé du cas afin de connaître certaines caractéristiques du patient et les principaux objectifs à atteindre lors de la discussion. Les consignes précisaient clairement que le counseling des HV devait faire partie de l'entrevue.

Consignes de l'entrevue :

1. Obtenir une histoire dans le contexte d'une visite de suivi chez un patient que vous connaissez, réviser les éléments pertinents antérieurs ainsi que les éléments nouveaux depuis la dernière visite.
2. Faire le questionnaire du patient à propos de ses habitudes de vie avec comme optique de découvrir ce qui pourrait contribuer à sa tension artérielle élevée. Porter une attention particulière aux différentes habitudes de vie du patient.
3. Évaluer le stade de changement ainsi que le niveau de conviction-confiance à propos des différentes composantes des habitudes de vie à améliorer.
4. Explorer les pistes de solutions pour aider le patient dans sa démarche tout en respectant son stade de changement ainsi que ses niveaux de conviction-confiance.

Par la suite, l'étudiant entrait dans la salle, accueillait le patient, puis amorçait la discussion avec celui-ci. Le cas standardisé avait été conçu pour viser un aspect particulier du mode de vie du patient (boissons énergisantes). Après les dix premières minutes, le patient standardisé fournissait un indice à l'étudiant si celui-ci n'avait pas réussi à cibler cette HV pour laquelle le patient était plus enclin à modifier. Un signal sonore annonçait la fin de l'entrevue après 15 minutes. Toutes les entrevues ont été enregistrées par vidéo sous un même format. Enfin, les noms des étudiants ont été retirés et remplacés par un numéro de sujet afin de conserver l'anonymat.

4.3.4.4 Le score de la compétence de conseil

Dans le cas de la sous-étude actuelle, la compétence de conseil est définie par le résultat pondéré obtenu lors de la vignette clinique standardisée. Le résultat total pondéré constitue le résultat total de l'entrevue où seules les catégories pertinentes pour le counseling ont été comptabilisées. En effet, certaines catégories se retrouvent dans toutes les entrevues médicales peu importe la nature de la consultation tel que l'accueil du patient. Pour le résultat total pondéré, les catégories 1.1 Début de l'entrevue, 1.2 Profil et perspective du patient, 2.3 Antécédents personnels et familiaux et 1.15 Collaboration avec le patient ont été retirées. Chaque item réussi est d'une valeur d'un point. Le résultat total pondéré constitue la somme de chacun des points. Le score de la compétence de conseil a aussi été divisé en trois sous-scores. Il y a la section « Activité physique », la section 3 de la grille et la section « Alimentation » qui est la section 4 de la grille. Le dernier sous-score est la section « Entrevue motivationnelle et outils de counseling ». Elle est composée des catégories de la réceptivité du patient et de la balance décisionnelle pour l'activité physique

(3.6 et 3.7) et l'alimentation (4.9 et 4.10) ainsi que la catégorie des outils de l'entrevue motivationnelle (5.11).

4.4 Analyse des données

Tout d'abord, des analyses descriptives des caractéristiques des étudiants seront présentées. Pour l'objectif 1 qui est de suivre l'évolution des caractéristiques des participants, des ANOVAs à mesures répétées ou des tests de Friedman ont été utilisés selon la normalité de la distribution des données soit un $\alpha \leq 0,05$. Les données ont été analysées pour l'ensemble des étudiants des 3 premières années (Med1 à Med3), puis séparément pour les participants de la sous-étude pour les 4 années de suivi (Med1 à Med4; groupe participant et groupe non-participant à la vignette standardisée). Pour montrer l'évolution d'une variable, les données à chacun des temps sont nécessaires. Plusieurs données des étudiants étaient manquantes à certains temps, c'est pourquoi on ne retrouve pas l'ensemble de la cohorte pour la plupart des analyses.

Dans le cas du 2^e objectif, il faut vérifier s'il existe des liens entre la compétence à conseiller des étudiants sur les HV (résultat total pondéré) et les caractéristiques des étudiants (dépense énergétique de loisirs, consommation de fruits et légumes, tabagisme, IMC et examens théoriques). Pour ce faire, on doit mesurer la relation linéaire entre la compétence de conseil (résultat total pondéré) et chacune des caractéristiques mesurées à Med 4. Les variables continues seront corrélées à l'aide du test de Pearson si les données sont distribuées normalement et la corrélation de Spearman si elles ne le sont pas. Pour ce qui est du tabagisme, ceci est une variable nominale corrélée avec une variable continue, donc le résultat total pondéré sera comparé entre les fumeurs et les non-fumeurs en utilisant le test T de Student ou le test de Mann-Whitney selon la distribution des données.

4.5 Considérations éthiques

Le projet a été approuvé initialement par le Comité d'éthique de la recherche en éducation et en sciences sociales de l'Université de Sherbrooke en 2008 et à la suite des modifications en 2011 en raison de l'ajout de l'évaluation de la compétence de conseil à l'année Med 4.

Initialement, tous les participants (n=202) ont signé un formulaire de consentement éclairé à la rentrée scolaire de 2008. Ce formulaire explique brièvement en quoi consiste l'implication dans ce projet de recherche, de quelles façons seront utilisées les données recueillies et la description des risques et bénéfices potentiels. Chaque étudiant est libre de participer et peut se retirer à tout moment durant l'étude. Les étudiants ont signé le formulaire et une copie leur a été remise. En raison de l'ajout de l'évaluation en fin de formation, un deuxième formulaire de consentement a été signé chez un sous-groupe de participants qui ont accepté de faire l'évaluation de la compétence de conseil.

Afin d'assurer la confidentialité des données, le nom des participants a été remplacé par un numéro d'identification unique et seuls les chercheurs et l'équipe de recherche ont accès aux informations nominales.

CHAPITRE 5 : RÉSULTATS

5.1 Description de l'échantillon

5.1.1 Le recrutement

Selon la figure 7, des 205 étudiants de la cohorte 2008-2012, 202 composent la cohorte intervention, soit les étudiants qui ont participé au projet-mère et dont les données seront utilisées pour l'objectif 1. De cette cohorte (n=202) a été tiré l'échantillon d'étudiants participant à l'évaluation de la compétence de conseil. Selon les calculs de taille d'échantillon, le nombre requis étaient de 62 participants pour les corrélations de force moindre ou modéré entre les caractéristiques des étudiants et la compétence de conseil avec une puissance adéquate.

Calcul de taille d'échantillon pour une association entre deux variables continues

$\alpha = 0,05$; erreur

$\beta = 80\%$, puissance

$\rho = 0,35$; valeur de la corrélation

$$n = [(z_{\alpha}/2 + z_{\beta}/C(\rho))^2 + 3]$$

$$\text{où } C(\rho) = 1/2 \ln ((1+\rho)/(1-\rho))$$

$$= [(1,96 + 0,842) / \frac{1}{2} \ln ((1 + 0,35)/(1 - 0,3))]^2 + 3$$

$$= 62 \text{ sujets}$$

En raison des critères d'admissibilité, plusieurs sujets n'ont pas pu être recrutés pour l'évaluation de la compétence de conseil principalement parce que plusieurs étudiants ne se trouvaient pas dans les environs de Sherbrooke au moment de la collecte de données. Finalement, nous avons été en mesure de recruter 31 étudiants qui ont accepté de participer. La cohorte initiale se divise donc en deux groupes, soit le groupe ayant participé à la vignette (groupe participant) puis le reste de la cohorte qui n'a pas fait l'évaluation finale de la compétence de conseil (groupe non-participant) (voir Figure 7). Le but n'est pas nécessairement de comparer les deux groupes entre eux, nous avons plutôt voulu illustrer les deux par mesure de transparence.

En maintenant les paramètres de calcul de la taille d'échantillon *a priori* ($\alpha=0,05$; $\rho=0,35$) et en tenant compte de la taille de l'échantillon actuelle ($n=31$), on obtient une puissance de 48% ($\beta=0,48$). Des corrélations d'une valeur de $\rho=0,49$ ou plus seront nécessaires pour que les corrélations soit significatives entre la compétence de conseil et les caractéristiques des HV.

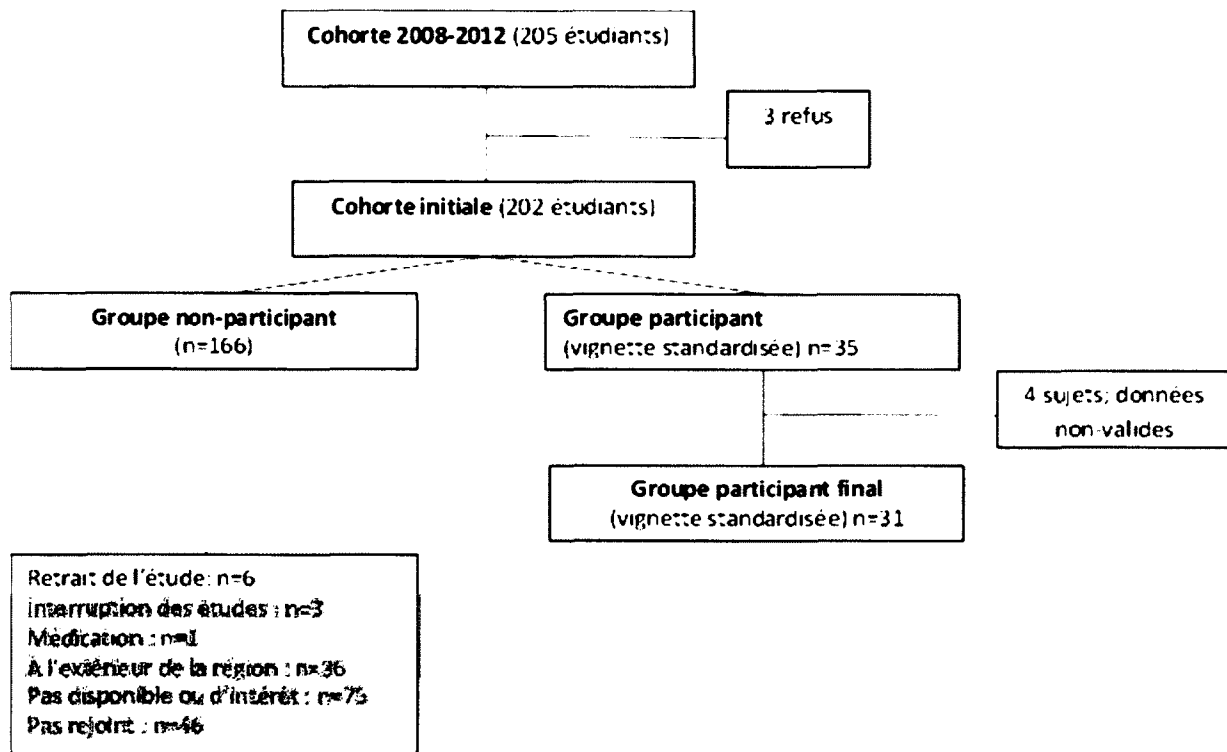


Figure 7 : Organigramme du recrutement des participants pour le projet sur la compétence de conseil

5.1.2 Caractéristiques générales de l'échantillon

Le tableau 2 présente les caractéristiques des étudiants en médecine concernant leurs mesures anthropométriques et des habitudes de vie. Afin de dresser un portrait plus complet de cette cohorte d'étudiants, certaines caractéristiques dont l'évolution sur quatre ans ne sera pas présentée ont été ajoutées dans ce tableau.

Tableau 2: Caractéristiques des étudiants en médecine à leur entrée en médecine (cohorte initiale)

Variable étudiée	N	Moyenne (SD)
Âge (années)	198	20,7 (2,82)
Genre	198	Féminin (60,6%)
		Masculin (39,4%)
Mesures anthropométriques	N	Moyenne (SD)
Poids (kg)	199	65,0 (12,1)
Tour de taille (cm)	199	75,0 (8,7)
Pourcentage de tissu adipeux femme (%)	120	24,2 (6,2)
Pourcentage de tissu adipeux homme (%)	78	15,1 (6,0)
IMC (kg/m ²)	199	22,4 (3,1)
Pression artérielle systolique (mmHg)	199	115,0 (13,6)
Pression artérielle diastolique (mmHg)	199	73,7 (8,7)
Pouls (bts/min)	199	75,5 (14,1)
Habitudes de vie	N	Médiane (EI)
Dépense énergétique de loisirs (kcal/kg/jr)	198	1,5 [0,7-2,5]
Nombre de fruits et légumes consommés/ jr	198	4,0 [2,0-6,0]
Nombre de jus de fruits et légumes consommés/jr	198	1,0 [0,6-2,0]
Nombre de produits laitiers consommés/jr	198	2,0 [1,1-3,0]
Nombre de boissons gazeuses consommés/jr	198	0,07 [0-0,2]
Nombre de repas consommés à l'extérieur du domicile/semaine	198	1,6 [0,9-3,0]
Nombre d'heures de sommeil/jr	198	8,0 [7,5-8,5]

5.2 Triangulation des données

Afin d'évaluer la cohérence dans les données auto-rapportées au fil des ans certaines variables que l'on retrouvait dans plus d'un instrument de mesure ont été triangulés. C'est le cas du QHV, du Q. Chaire et des indicateurs anthropométriques.

Tableau 3 : Triangulation des données auto-rapportées de l'année Med 1

	Nombre de minutes d'AP (Q. Chaire)	Portions fruits et légumes (Q. Chaire)	IMC déclaré (Q. Chaire)	p
Dépense énergétique de loisirs (QHV)	0,57			<0,0001¹
Portions de fruits et légumes (QHV)		0,51		<0,0001¹
IMC mesuré			0,93	<0,0001²

1-Test de Pearson 2-Test de Spearman

Il existe de fortes corrélations entre les variables. Ces corrélations illustrées se rapportent à l'année 1, mais elles demeurent élevées pour les données déclarées de l'année 2 et 3.

5.3 Évolution des indicateurs anthropométriques

L'évolution du poids est présentée pour la cohorte initiale (tableau 4), pour le groupe participant (tableau 5) et le groupe non-participant dans le tableau 6. Il n'y a pas de différences significatives dans les variations dans le temps entre le groupe participant à la vignette (n=31) et le groupe non-participant (n=171).

Dans les deux groupes, au niveau du poids et de l'IMC, on constate qu'il n'y a pas d'évolution significative.. Pour le tableau 3, la variation intrasujet du poids est de $0,2 \pm 3,6$ kg entre Med 1 et Med 2. Entre Med 1 et Med3, la variation est de $0,4 \pm 4,5$ kg. On constate une évolution globale significative au niveau du tour de taille et on note que l'augmentation est significative entre l'année 3 et 4. Pour le groupe non-participant, il y a davantage de variation dans le tour de taille soit une diminution significative entre Med 1 et 2 puis une augmentation significative entre Med 2 et 3.

Tableau 4: Évolution des indicateurs anthropométriques de Med 1 à 3 de la cohorte initiale

Variable	N	Med 1 Moyenne \pm ET	Med 2 Moyenne \pm ET	Med3 Moyenne \pm ET	p¹
Poids (kg)	176	65,0 $\pm 12,1$	65,2 $\pm 12,0$	65,9 $\pm 12,5$	0,41
IMC (kg/m²)	176	22,4 $\pm 3,1$	22,5 $\pm 3,1$	22,7 $\pm 3,4$	0,53
Tour de taille (cm)	176	75,0 $\pm 8,7$	74,2 $\pm 8,8$	75,4 $\pm 8,7$	0,02

1-ANOVA à mesures répétées

Tableau 5 : Évolution des indicateurs anthropométriques de Med 1 à 4 du groupe participant

Variable	N	Med 1 Moyenne \pm ET	Med 2 Moyenne \pm ET	Med 3 Moyenne \pm ET	Med 4 Moyenne \pm ET	p¹
Poids (kg)	31	66,9 $\pm 14,0$	67,8 $\pm 13,5$	68,0 $\pm 13,6$	68,0 $\pm 13,3$	0,48
IMC (kg/m²)	31	23,2 $\pm 3,9$	23,5 $\pm 3,8$	23,8 $\pm 3,7$	23,7 $\pm 3,7$	0,29
Tour de taille (cm)	31	77,0 $\pm 11,3$	76,7 $\pm 11,1$	77,2 $\pm 10,5$	80,3 $\pm 10,3$	0,005

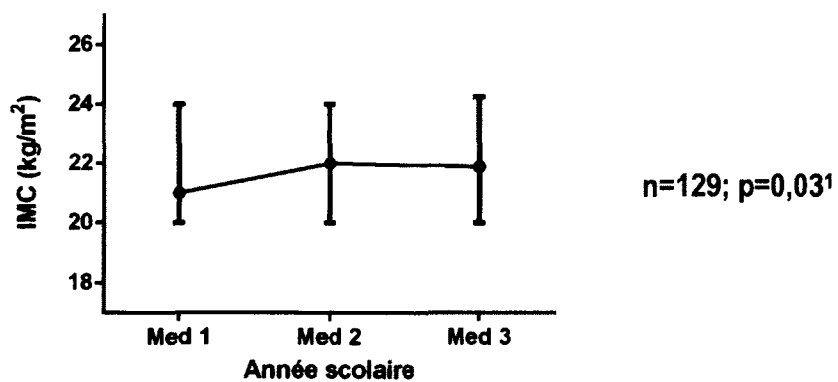
1-Friedman

Tableau 6 : Évolution des indicateurs anthropométriques de Med 1 à 3 du groupe non-participant

Variable	N	Med 1 Moyenne \pm ET	Med 2 Moyenne \pm ET	Med 3 Moyenne \pm ET	p ¹
Poids (kg)	145	65,2 $\pm 11,9$	65,2 $\pm 11,9$	65,4 $\pm 12,3$	0,70
IMC (kg/m ²)	145	22,5 $\pm 3,0$	22,5 $\pm 3,0$	22,5 $\pm 3,2$	0,97
Tour de taille (cm)	145	75,0 $\pm 3,0$	74,0 $\pm 8,4$	75,0 $\pm 8,3$	0,02

1-ANOVA à mesures répétées

La figure 8 illustre l'IMC déclaré du Q. Chaire pour la cohorte initiale de l'année 1 à 3. Il n'y a pas de changements significatifs entre l'année 1 et 2 et l'année 2 et 3, mais on note toutefois une évolution significative dans le temps où l'IMC est passé de 21,0 [20,0-24,0] à 21,9 [20,0-24,25] à l'année 3.



1-Test de Friedman

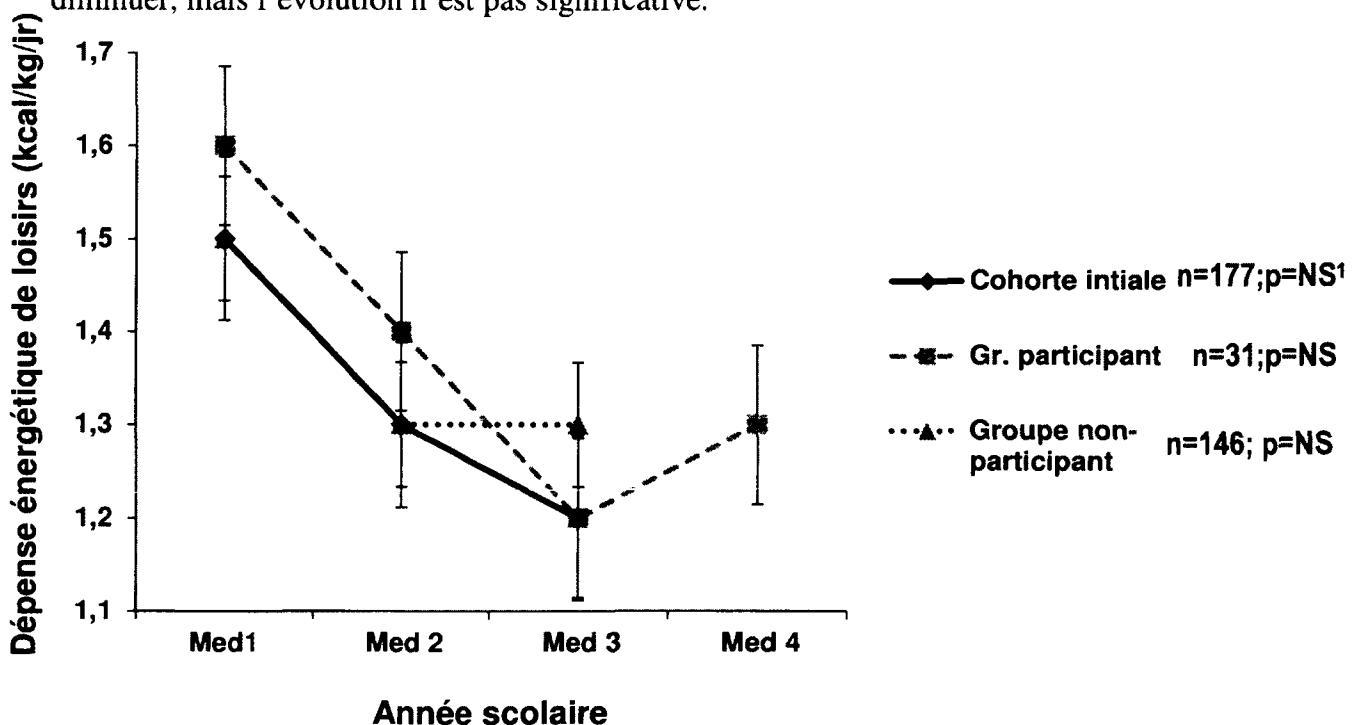
Figure 8 : Évolution de l'indice de masse corporelle auto-rapporté (Questionnaire de la Chaire Lucie et André Chagnon)

5.4 Évolution des habitudes de vie

Les résultats du QHV sont illustrés en trois groupes distincts. Tout d'abord la cohorte initiale, pour laquelle nous avons voulu suivre les HV de tous les étudiants sur 3 ans. Certaines données manquantes au cours de 3 ans nous permettent de suivre l'évolution de 177 sujets et non pas 202. Puis, la cohorte initiale a été scindée en 2 groupes; soit le groupe participant à la vignette (n=31) et le groupe non-participant (n=146). Les résultats du Questionnaire de la Chaire Lucie et André Chagnon concernent la cohorte initiale du temps 1 à 3 (n=135).

5.4.1 Activité physique

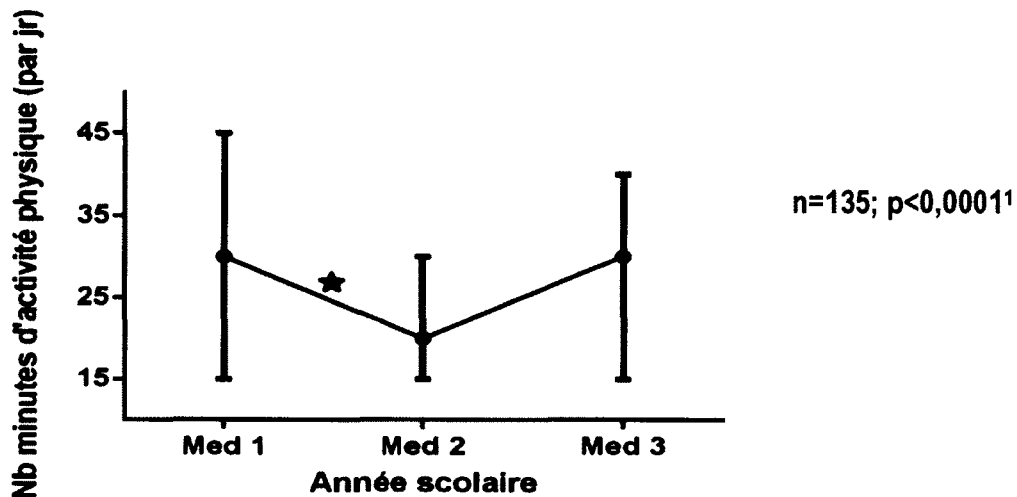
Pour la cohorte initiale (n=177), l'évolution n'est pas significative de Med 1 à 3. Pour le groupe participant et non participant (figure 9), la dépense énergétique de loisirs semble diminuer, mais l'évolution n'est pas significative.



¹ Test de Friedman

Figure 9 : Évolution de la dépense énergétique de loisir (Questionnaire des habitudes de vie)

Pour ce qui est du Q. Chaire, selon la figure 10, l'évolution du nombre de minutes d'activité physique est significative et se traduit par une diminution significative entre le temps 1 et 2 pour la cohorte initiale.



1-Test de Friedman/**-Test de Wilcoxon

Figure 10 : Évolution du nombre de minutes d'activité physique par jour (Questionnaire de la Chaire Lucie et André Chagnon)

5.4.2 Alimentation

Selon la figure 11, on note une augmentation du nombre de portions de fruits et légumes entre l'année 1 et 2 puis une diminution dans les années subséquentes, soit un retour près du nombre initial de portions (Figure 11). Entre Med 1 et Med 2 le changement est significatif pour la cohorte initiale, entre Med 2 et Med 3 pour le groupe non-participant.

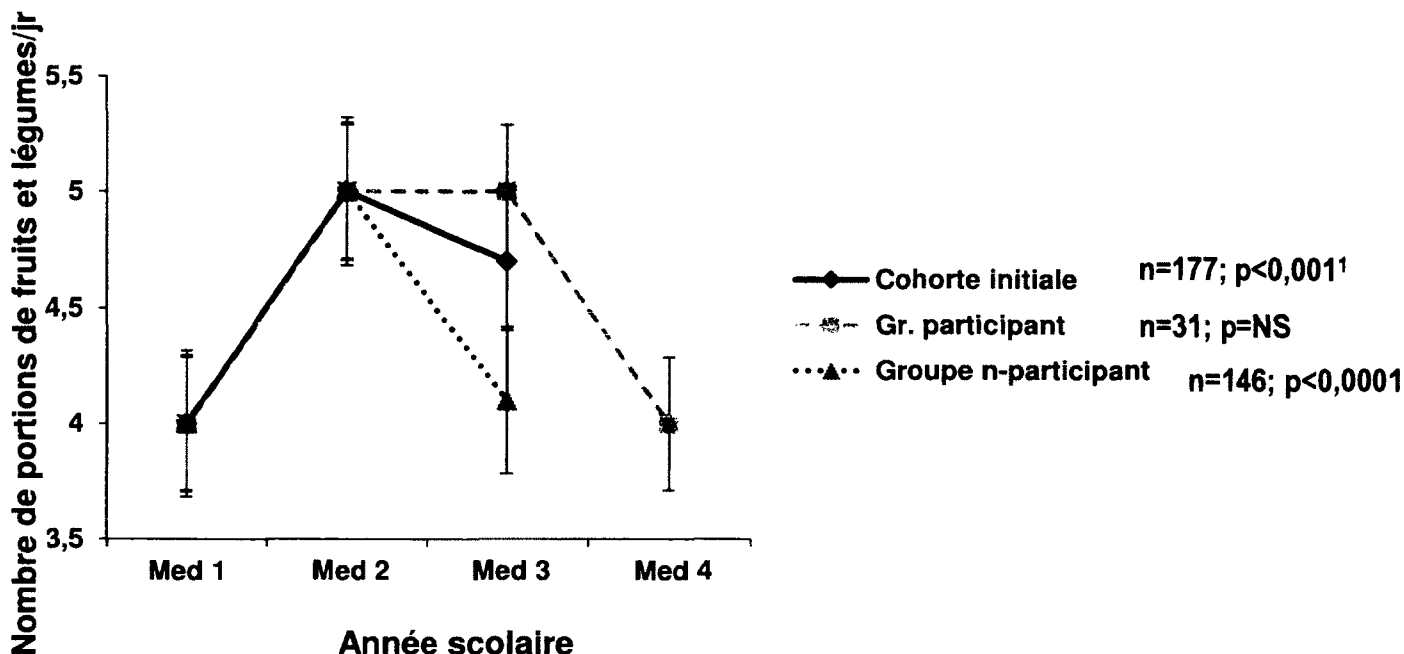
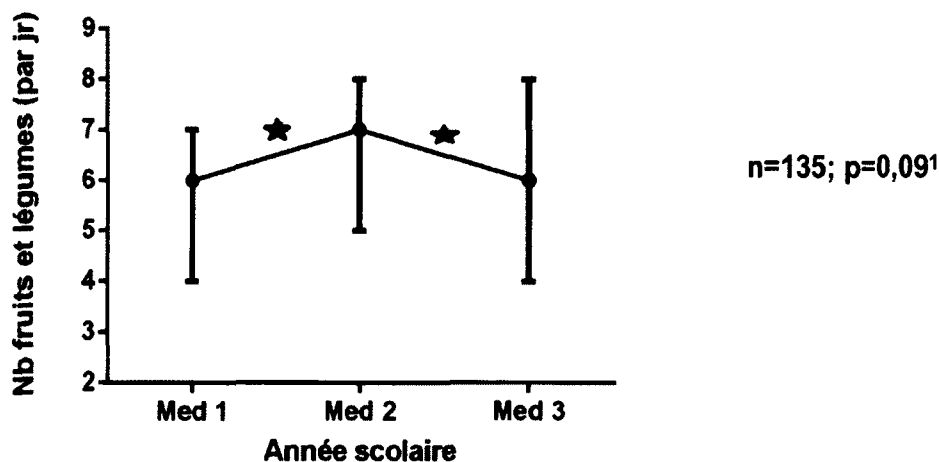


Figure 11 : Évolution du nombre de portions de fruits et légumes par jour (Questionnaire des habitudes de vie)

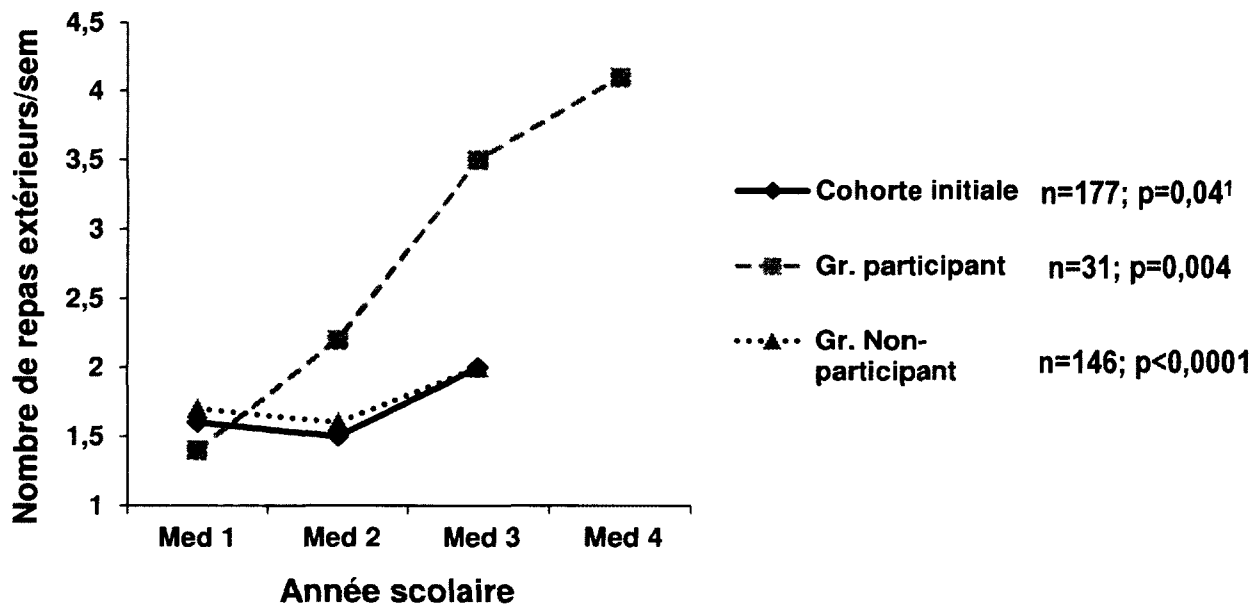
On observe une évolution semblable au niveau du nombre de portions recensées pour la cohorte initiale dans le Q. Chaire (figure 12) , soit une augmentation significative entre l'année 1 et 2 puis une diminution significative entre l'année 2 et 3 vers les valeurs initiales de l'année 1. L'évolution dans le temps n'est toutefois pas significative.



1-Test de Friedman// *-Test de Wilcoxon

Figure 12 : Évolution du nombre de portions de fruits et légumes par jour (Questionnaire de la Chaire Lucie et André Chagnon)

Les repas à l'extérieur comprennent les repas à la cafétéria, les restaurants *fast-food* et autres types de restaurants. Au niveau du nombre de repas consommés à l'extérieur du domicile, on note une évolution significative pour tous (Figure 12). Pour le groupe participant, les changements entre deux années consécutives sont tous significatifs. Pour la cohorte initiale et le groupe non-participant, le changement entre Med 2 et Med 3 est significatif.



1-Test de Friedman

Figure 13 : Nombre de repas consommés à l'extérieur du domicile (questionnaire des habitudes de vie)

L'évolution du nombre de jus de fruits et légumes consommés par jour est significative pour tous. Pour le groupe participant, on observe une diminution significative entre Med 1 et Med 2 et un maintien pour les années subséquentes. Pour la cohorte initiale et le groupe non-participant, la diminution est significative entre Med 1 et 2 et Med 2 et 3 (Figure 14).

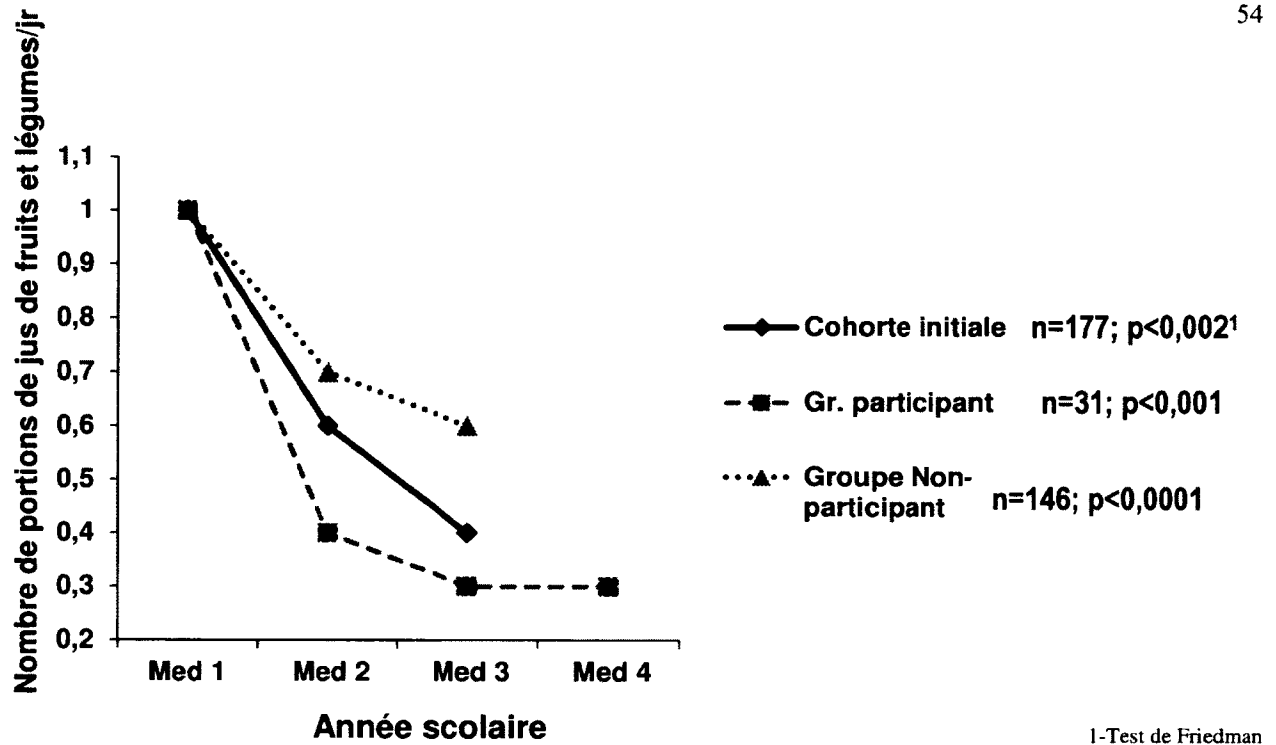


Figure 14: Nombre de consommation de jus de fruits et de légumes par jour (Questionnaire des habitudes de vie)

5.5 Connaissances des saines habitudes de vie

5.5.1 Examens théoriques

Les examens théoriques ont été réalisés dans le cadre du programme Profession MD: volet HV et concernent la cohorte initiale. Les deux tableaux suivants (5 et 6) illustrent la moyenne du groupe pour le résultat total ainsi que pour chacune des séances.

Tableau 7 : Résultats de l'examen théorique à la fin de Med 1

Variables	N	Résultat en pourcentage [EI]
Résultat total (%)	195	86,4 [81,5-90,1]
Séance d'introduction	195	86,1 [77,8-94,4]
Séance 1 : Habitudes de vie et société	195	100,0 [88,9-100,0]
Séance 2 : Les bases d'une saine alimentation	195	83,3 [66,7-94,5]
Séance 3 : Aspects psychologique du changement des HV	195	50,0 [50,0-100,0]
Séance 4 : Activité physique 1	195	83,5 [83,3-100,0]
Séance 5 : Nutraceutiques et aliments fonctionnels	195	83,3 [83,3-89,0]

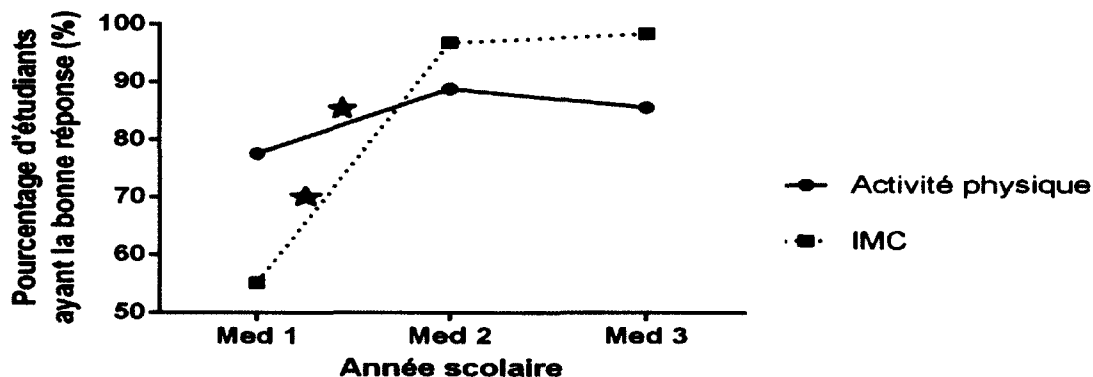
Tableau 8 : Résultats de l'examen théorique à la fin de Med 2

Variables	N	Résultat en pourcentage [EI]
Résultat total	192	87,7 [87,7-92,1]
Séance 6 : Le tabagisme	192	100,0 [75,0-100,0]
Séance 7 : Entretien motivationnel	192	83,3 [83,3-100,0]
Séance 8 : L'influence de l'environnement sur l'alimentation	192	100,0 [100,0-100,0]
Séance 9: Étiquetage nutritionnel	192	100,0 [100,0-100,0]
Séance 10 : Activité physique 2	192	100,0 [67,0-100,0]
Séance 11 : Démystifier les régimes	192	91,7 [83,3-100,0]
Séance 12 : Le sommeil : gestion et conséquence sur la santé	192	88,9 [83,3-100,0]
Séance 13 : Habitudes de vie et famille	192	83,3 [83,3-100,0]

5.5.2 Connaissances des habitudes de vie du Questionnaire de la Chaire Lucie et André Chagnon

Dans le Questionnaire de la Chaire Lucie et André Chagnon, les étudiants devaient répondre à des questions de santé publique en ce qui a trait aux HV. Au point de vue de l'activité physique, les étudiants devaient répondre à la question suivante : «Quel est le temps minimum recommandé d'activité physique par jour?». Quant à l'IMC, les étudiants devaient répondre à la question suivante : «Selon Santé Canada, un indice de masse corporelle (IMC) santé pour la plupart des gens correspond à quelles valeurs?»

On constate que le pourcentage d'étudiants ayant obtenu la bonne réponse à la question augmente de façon significative entre l'année 1 et 2 pour l'activité physique et l'IMC et restent stables entre l'année 2 et 3 (Figure 15).



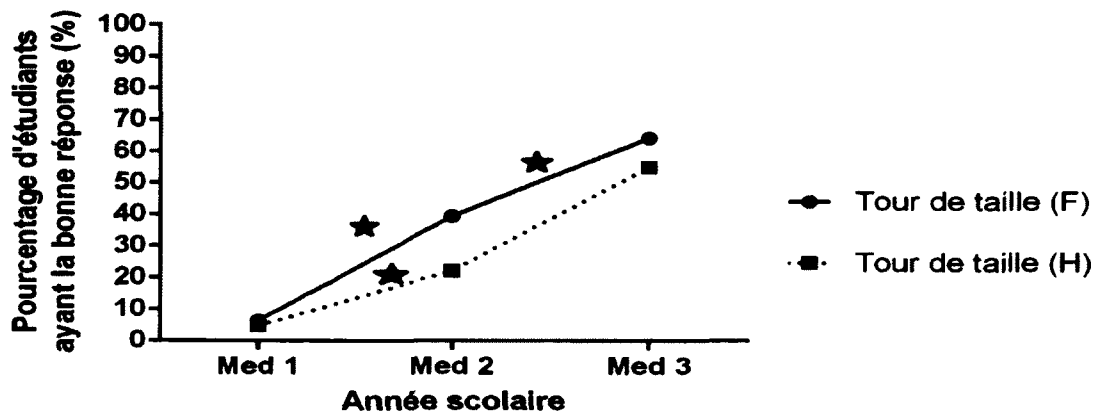
*-Test de McNemar

Figure 15 : Pourcentage d'étudiants ayant obtenu la bonne réponse à la question sur l'activité physique et l'IMC (Questionnaire de la Chaire Lucie et André Chagnon, n=125)

Au niveau du tour de taille, les étudiants devaient répondre à la question suivante : «Afin de réduire les risques des maladies chroniques, il est recommandé de ne pas dépasser un tour de taille d'une valeur de...» Les étudiants devaient répondre pour les hommes et les femmes distinctement.

Le pourcentage d'étudiants qui connaît les bonnes valeurs de tour de taille pour les femmes augmente de façon significative entre l'année 1 et 2 puis entre l'année 2 et 3. Pour ce qui

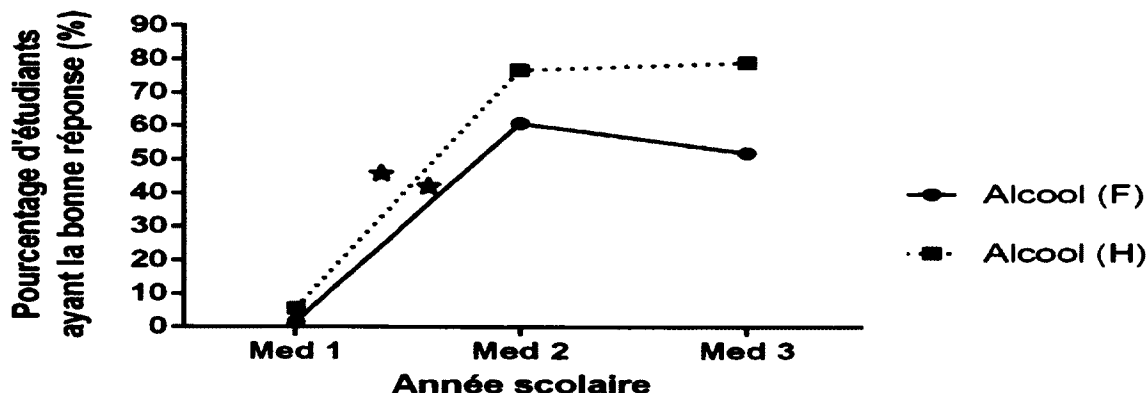
est du tour de taille chez les hommes, le pourcentage d'étudiants augmente significativement entre l'année 1 et 2 (Figure 16).



*-Test de McNemar

Figure 16 : Pourcentage d'étudiants ayant obtenu la bonne réponse à la question sur le tour de taille (femme/homme) (Questionnaire de la Chaire Lucie et André Chagnon; n=124 (F) n=125 (H))

En ce qui a trait à la consommation sécuritaire d'alcool, les étudiants devaient répondre à la question suivante : «D'après vous, quel est le nombre de consommations d'alcool à ne pas dépasser par semaine?» Les étudiants devaient répondre pour les hommes et les femmes distinctement. Le pourcentage d'étudiants ayant répondu correctement au nombre de consommation d'alcool sécuritaire pour les femmes et les hommes a augmenté significativement de l'année 1 à 2 et il n'y a pas de changement significatif pour les années subséquentes (Figure 17).



*-Test de McNemar

Figure 17 : Pourcentage d'étudiants ayant obtenu la bonne réponse à la question sur la consommation sécuritaire d'alcool (Femme/homme) (Questionnaire de la Chaire Lucie et André Chagnon; n=125)

5.6 Évaluation de la compétence de conseil

5.6.1 Accord inter-juges

Afin de vérifier la cohérence entre la correction des évaluateurs, l'accord inter-juges a été vérifié. Les résultats des vignettes et les sections sont des données continues, l'indice de corrélation intra-classe (ICC) a donc été calculé et est présenté dans le tableau 7. Le calcul de l'ICC nécessite le choix d'un modèle et d'un type. Le modèle choisi pour ce calcul est le modèle aléatoire à deux sens, car celui-ci représente un sous-groupe d'évaluateurs possible parmi tous les évaluateurs potentiels existants. Le type est la cohérence absolue, car nous voulons vérifier si les évaluateurs cotent dans le même sens, c'est-à-dire quw les évaluateurs conservent la même orientation tout au long de leurs corrections.

Tableau 9 : Calcul de l'ICC selon la correction des évaluateurs de la grille de correction standardisée

Section de la grille	ICC	p ¹	Description
Résultat total pondéré	0,88	<0,0001	Excellent accord inter-juges
Activité physique	0,92	<0,0001	
Alimentation	0,93	<0,0001	
Entrevue motivationnelle (EM) et outils	0,83	<0,0001	

1-Test d'ICC

Le tableau 8 illustre à quel niveau les évaluateurs s'entendent dans le pointage pour chacune des catégories. Nous avons retenu le nombre d'items réussis de chaque catégorie pour les comparer entre évaluateurs. Les items d'une même catégorie ont une valeur équivalente, donc la combinaison des items réussis/non-réussis à l'intérieur d'une même catégorie importe peu. Les résultats démontrent que, pour la majorité des catégories, au moins deux évaluateurs s'entendent.

Tableau 10 : Représentation de l'accord inter-juges pour chaque catégorie de la grille de correction standardisée

Catégories	Accord inter-juges (%)		
	3/3	2/3	Désaccord
1.1 Début de l'entrevue	82,5	17,5	0,0
1.2 Profil et perspective du patient	5,0	70,0	25,0
2.3 Antécédents personnels et familiaux	82,5	17,5	0,0
3.5 Évaluation pratique de l'activité physique	40,0	55,0	5,0
3.6 Réceptivité du patient: activité physique	70,0	27,5	2,5
3.7 Activité physique: Balance décisionnelle	52,5	45,0	2,5
4.8 L'évaluation alimentaire	52,5	45,0	2,5
4.9 Réceptivité du patient: Alimentation	40,0	55,0	5,0
4.10 Alimentation: balance décisionnelle	25,0	62,5	12,5
5.11 Outils de l'entrevue motivationnelle	7,5	55,0	37,5
5.12 Éducation et partage de l'information	22,5	67,5	10,0
5.13 Plan d'action	12,5	52,5	35,0
5.14 Suivi	70,0	27,5	2,5
1.15 Collaboration avec le patient	77,5	22,5	0,0

Zone ombragée : 2 sections sur 3 où l'accord est le plus important

3/3= les trois évaluateurs s'entendent

2/3= 2 évaluateurs sur trois s'entendent

5.6.2 Résultats de la vignette

Chaque entrevue a été notée par trois évaluateurs à l'aide de la grille de correction standardisée et la moyenne des scores est retenue comme note finale. La vignette clinique est sur un total de 59 points (résultat total), mais seuls les éléments pertinents pour un counseling de qualité sur les HV seront retenus pour le résultat total pondéré (variable dépendante). Les résultats de cette évaluation seront donnés en points variant de 0 à 49 et consistent en une variable continue.

En se référant à la grille de correction standardisée (Annexe F) pour ce qui est de la section de l'activité physique (3), la catégorie qui a été le :

- Mieux réussi :
 - Évaluation du niveau d'activité physique : 3,7 [3,0-4,3]/5;
- Moins bien réussi :
 - Réceptivité face au changement d'HV : 0,0 [0,0-1,7]/2.

Au niveau de la section de l'alimentation (4), c'est une section bien réussie par les étudiants. Les participants ont obtenu une moyenne de plus de 70% pour chacune des catégories de cette section.

La dernière section porte sur l'entrevue motivationnelle et les outils de counseling. Dans toute cette section :

- Ce qui est à améliorer :
 - Maîtrise des outils de l'entrevue motivationnelle: 2,7 [2,0-4,0]/6.

Le tableau 6 présente les résultats totaux de la vignette ainsi que les résultats des trois sections de la grille de correction.

Tableau 11 : Résultats de la vignette clinique standardisée

Section de la grille	N	Moyenne ± ET
<u>Résultat total</u>	31	35,1 /59,0 (59,5%) ±5,4
<u>Résultat total pondéré</u>	31	27,8 /49,0 (56,7%) ±4,5
Section activité physique	31	5,1 /10,0 (51,0%) ±1,9
Section alimentation	31	10,2 /15,0 (68,0%) ±2,3
Section entrevue motivationnelle et outils	31	9,4 /18,0 (52,0%) ±2,4

5.6.3 Corrélations entre la compétence de conseil et les caractéristiques des étudiants

Le tableau 10 présente les résultats des corrélations entre la compétence de conseil, représentée par le résultat total pondéré ainsi que différentes caractéristiques des étudiants à Med 4. Les examens théoriques 1 et 2 ont toutefois été réalisés à Med 1 et 2 respectivement.

Selon le tableau, on constate qu'autant pour les indicateurs anthropométriques, les HV et les connaissances des HV, les corrélations avec la compétence de conseil sont très faibles et ne sont pas significatives. Si l'on cible certaines sections ou catégories de la grille de correction standardisée, on n'obtient pas non plus de corrélations significatives.

La variable du tabagisme a été retirée puisque 2 étudiants étaient fumeurs dans le groupe donc les corrélations incluant la compétence de conseil n'étaient pas possibles.

Tableau 12 : Corrélations entre la compétence de conseil et les caractéristiques des étudiants

	Caractéristiques	n	ρ	p^1
Indicateurs anthropométriques	IMC mesuré (kg/m^2)	31	0,05	0,8
Habitudes de vie (QHV)	Dépense énergétique ($\text{kcal}/\text{kg}/\text{jr}$)	31	0,20	0,4
	Nb fruits et légumes (par jour)	31	0,02	0,9
Connaissances des HV	Examen théorique Med 1	31	0,10	0,6
	Examen théorique Med 2	31	0,05	0,8

1-Test de Pearson

CHAPITRE 6 : DISCUSSION

En ce qui a trait à l'évolution des caractéristiques des étudiants en médecine, nous n'avons pas observé d'évolution significative au niveau des indicateurs anthropométriques excepté pour le tour de taille pour le groupe participant et le groupe non-participant. Pour ce qui est des HV, la dépense énergétique de loisirs est demeurée stable. Nous avons observé une amélioration significative pour la consommation de portions de fruits et légumes. L'évolution de la consommation de jus de fruits et légumes est significative et se traduit par une diminution progressive durant les années pré-doctorales. Le pourcentage d'étudiants possédant de bonnes connaissances générales au niveau de la santé publique du Q. Chaire augmente de façon significative entre Med 1 et Med 2. La proportion d'étudiants ayant la bonne réponse concernant le tour de taille sain pour la femme augmente aussi significativement de Med 2 à Med 3.

Pour ce qui est de l'évaluation de la compétence de conseil, 31 étudiants ont participé à cette section du projet. Le résultat total pondéré moyen est de 56,7% et la section portant sur l'alimentation est la mieux réussie (68,0%). Le résultat moyen pour les sections portant sur l'activité physique et les outils de l'entrevue motivationnelle sont plus faibles, respectivement 51,0% et 52,0%. Les corrélations obtenues entre la compétence de conseil et les caractéristiques des étudiants sont faibles et aucune d'entre elles ne sont significatives.

6.1. L'évolution des caractéristiques des étudiants en médecine

6.1.1 *Les indicateurs anthropométriques*

Rappelons que pour les indicateurs anthropométriques, nous n'avons pas observé de changement significatif du poids et de l'IMC de l'an 1 à 4 pour le groupe participant à la vignette et il en est de même pour le groupe non-participant. Une augmentation du tour de taille est toutefois observée entre les années 3 et 4 pour le groupe participant, ce qui se traduit par une évolution significative des ans 1 à 4.

Il est possible que l'augmentation du tour de taille soit réelle, mais il est aussi possible que ce soit des éléments autres que le gain de poids qui expliquent cette observation. Premièrement, la prise de mesure de l'année 4 a été réalisée au printemps, contrairement aux mesures antérieures des trois autres années, soit à la rentrée scolaire, ce qui peut influencer la valeur du tour de taille. Il est connu que durant la période hivernale incluant la période des Fêtes, on observe une prise de poids significative qui n'est pas totalement réversible durant le reste de l'année (Yanovski, 2000).

Deuxièmement, on ne peut exclure le fait que l'augmentation significative du tour de taille qui a été observée pourrait être expliquée par une erreur inter-évaluateurs concernant la prise de la mesure étant donné que le poids n'a pas changé durant cette même période. En effet, les évaluateurs qui ont mesuré le tour de taille n'étaient pas toujours les mêmes lors de la dernière évaluation bien qu'ils aient suivi le même protocole. Malgré une standardisation des évaluateurs, le tour de taille est une mesure difficile pour laquelle on retrouve souvent une variation substantielle intra et inter-évaluateurs (Bernritter, 2011).

De façon générale, dans les écrits scientifiques, on constate, durant la première année universitaire, une prise de poids significative entre 0,7 et 1,3 kg (Crombie, 2009) tandis qu'une méta-analyse a répertorié une prise moyenne de 1,75 kg (Vella-Zarb & Elgar, 2009). Dans le cas de la présente étude, la variation de poids entre Med 1 et Med 2 de la cohorte initiale est de 0,2 kg et cette différence n'est pas significative ($n=194$). Si l'on regarde l'évolution du groupe participant à la vignette standardisée durant les 4 années pré-doctorales, le poids du groupe participant semble avoir augmenté de 1,1kg, mais cette différence n'est pas significative.

Il est intéressant de comparer la présente étude à l'étude-pilote randomisée contrôlée sur la prévention du gain de poids aux études qui a eu lieu à la FMSS de 2002 à 2005 présentée dans la problématique (Hivert, 2007). Au cours des deux rentrées scolaires consécutives, des étudiants en médecine ont été recrutés et randomisés pour participer à cette étude-pilote (groupe intervention, $n=58$; groupe contrôle, $n=57$). Le groupe intervention de cette étude participait régulièrement à des séances interactives en petits groupes sur l'amélioration des

HV avec certaines similitudes au Programme MD tandis que le groupe contrôle n'y assistait pas. Pour le groupe intervention, on note que la variation du poids entre l'entrée à l'étude et la prise de poids deux ans plus tard est négative ($-0,6 \pm 0,5\text{kg}$) contrairement à la cohorte témoin où l'on constate une prise de poids ($0,7 \pm 0,6\text{kg}$) pour le même intervalle de temps. La variation dans les courbes de poids des deux groupes est statistiquement significative lors du suivi à deux ans ($p=0,004$).

Il est intéressant d'utiliser le groupe contrôle de l'étude pilote de Hivert *et al.* en tant que «groupe contrôle historique» pour la présente sous-étude. On constate, pour ce qui est des indicateurs anthropométriques, que le programme éducationnel de Profession MD: volet HV semble limiter partiellement la prise de poids aux études puisqu'il n'y a pas eu de variation significative durant les trois années pour le groupe participant à la vignette standardisée et pour le groupe non-participant comparativement au groupe contrôle historique qui accuse une prise de poids significative.

6.1.2 Les habitudes de vie

6.1.2.1 L'activité physique

Pour ce qui est des HV des étudiants, les résultats concernant la pratique d'activité physique sont divers; le QHV ne montre pas de différence significative au niveau de la dépense énergétique de loisirs tandis que le Q. Chaire montre une diminution de la pratique d'activité physique entre l'année 1 et 2. Toutefois, le QHV est plus spécifique pour la pratique d'activité physique par la somme de la dépense énergétique selon toutes les activités physiques de loisirs rapportées par les étudiants comparativement au Q. Chaire où une seule donnée sur le nombre de minutes d'activité physique générale est rapportée. On ne peut expliquer comment les étudiants ont interprété cette question du Q. Chaire et ils pourraient, par exemple, y avoir inclus d'autres types d'activité physique tel que le transport ou les activités de la vie quotidienne. Selon les résultats de l'ESCC de 2004, chez les adultes âgés de 20 à 24 ans, 41,5% ont un niveau d'activité physique bas ($< 1,5\text{kcal/kg/jr}$), 21,7% ont un niveau moyen d'activité physique (entre 1,5 et 3,0 kcal/kg/jr) et 27,0% ont un niveau élevé d'activité physique selon l'index d'activité physique ($>3,0$

kcal/kg/jr) (Statistique Canada, 2006). La répartition des étudiants en médecine en 2008 selon leur niveau d'activité physique est similaire, soit 49,0% ont un niveau bas, 34,3% ont un niveau moyen et 17% ont un niveau élevé d'activité physique.

Du point de vue des écrits scientifiques, on observe une baisse significative de la pratique d'activité physique durant la première année d'étude universitaire (Crombie, 2009), mais on ne peut pas en conclure de même pour la présente étude. Pour ce qui est du groupe contrôle historique de l'étude pilote, on constate une diminution de la dépense énergétique d'activité physique sur deux ans ($-0,8 \pm 0,3$ kcal/kg/année), mais le niveau d'activité physique à la fin de l'étude est qualifié de modéré (2,88 kcal/kg/année) (Hivert, 2007). Il semble que le niveau d'activité physique de ce groupe soit supérieur aux deux groupes de la présente sous-étude. Il est possible qu'il ait eu un biais de sélection pour ce qui est des groupes de l'étude pilote qui étaient davantage interpellés et sensibilisés par les saines HV étant donné que certains étudiants de cette cohorte ont été recrutés ($n=57$) comparativement à la présente sous-étude ($n=202$) comprenant la presque totalité de la cohorte.

6.1.2.2 L'alimentation

La revue des écrits scientifiques de Crombie *et al.* a conclu en une diminution significative de la consommation de portions de fruits et légumes dès la première année universitaire. Concernant la sous-étude, les résultats des deux questionnaires montrent une augmentation de la consommation de portions de fruits et légumes entre la première et la deuxième année, mais une diminution durant l'année subséquente. Toutefois, les valeurs des années 3 ou 4 ne se retrouvent pas en deçà des valeurs initiales contrairement à ce qui est observé dans les écrits scientifiques après seulement une année universitaire. Nos résultats suggèrent donc que le programme profession MD–volet HV pourrait limiter la détérioration de la consommation de portions de fruits et légumes habituellement observée chez les étudiants universitaires. L'éducation sur les HV reçue durant le programme éducationnel nous laisse croire que le programme aurait un impact sur la consommation de fruits et légumes des étudiants en médecine.

6.1.3 Les connaissances des saines habitudes de vie

En ce qui a trait aux connaissances des saines HV selon le Q. Chaire, on constate une amélioration des connaissances principalement entre les années 1 et 2, ce qui était attendu compte tenu de la participation au programme éducationnel. Il semble y avoir une rétention de l'information puisque les connaissances des saines HV sont maintenues entre l'année 2 et 3. De plus, les résultats des examens théoriques de Med 1 et 2 sont excellents. Ceci est rassurant puisque cela concorde avec le moment où cette notion a été enseignée dans le curriculum. De plus, selon la recension des écrits scientifiques, le manque de connaissances des saines HV est une barrière importante rapportée par les médecins à l'introduction du counseling au niveau des saines HV dans leurs interventions (Cornuz, 2000;Guiffre, 2009; Baillargeon, soumis pour publication).

6.2 L'évaluation de la compétence de conseil

6.2.1 La fidélité des évaluateurs

Le but du développement de la vignette clinique standardisée et de la validation de la grille de correction est de documenter la compétence de conseil à propos des HV, qui est peu élaborée dans les écrits scientifiques. Pour ce faire, nous avons établi un processus rigoureux pour valider la grille de correction. Notre première démarche a consisté à consulter une experte en mesures et évaluation en pédagogie médicale, Christina St-Onge, qui nous a aidés à déterminer les étapes subséquentes pour la validation.

En cours de validation, nous avons réalisé que la façon dont la grille avait été conçue ne correspondait pas parfaitement à ce que nous attendions pour évaluer la compétence de conseil au niveau des HV. En effet, certains items auraient eu besoin d'être plus nuancés dans le pointage que «atteint/non-atteint». Par exemple, les items de la grille des outils de l'entrevue motivationnelle sont plus difficiles à évaluer, car ils sont présents dans une grande partie de l'entrevue et ne consistent pas en une seule question précise à adresser au patient. Nonobstant ces items nuancés, le document d'accompagnement pour la correction des vignettes (Annexe G) était détaillé et permettait aux évaluateurs expérimentés dans l'utilisation de l'entrevue motivationnelle de bien coter ces items selon la grille qui a été

développée. En somme, nous considérons avoir été méthodiques et rigoureux dans notre démarche avec les ressources dont nous disposions à ce moment pour y parvenir.

Parallèlement, l'accord inter-juges des évaluateurs est excellent. Selon les différentes catégories, il y a seulement trois catégories où les évaluateurs semblent moins bien s'entendre. Si l'on considère les catégories contenant les éléments pertinents au counseling des saines HV, il y avait deux catégories où les évaluateurs étaient en désaccord. L'utilisation des outils de l'entrevue motivationnelle est l'une d'entre elles et, tel que discuté précédemment, semble plus difficile à évaluer étant donné la présence des outils tout au long de l'entrevue. Aussi, la correction de cet item demeure subjective et peut laisser place à une interprétation différente entre les évaluateurs malgré le fait que chacune des catégories ait été documentée. Le plan d'action contenant la planification d'un objectif (SMART) est l'autre catégorie où il y avait moins d'entente. Cette section de l'entrevue a souvent été escamotée par les étudiants en raison du temps restreint donc l'évaluation pour la réussite de l'item était peut-être ambiguë. Toutefois, il se peut que chaque item n'ait pas été défini assez clairement au niveau de l'objectif SMART, que cela est engendré des incertitudes et que certains évaluateurs ait été plus généreux.

6.2.2 La compétence de conseil des étudiants en médecine

Les résultats des vignettes identifient des points forts et certains points à améliorer. Pour ce qui est de la discussion sur les habitudes d'activité physique et d'alimentation, on remarque que les étudiants sont en mesure d'évaluer les HV des patients en posant les questions adéquates.

Pour l'évaluation de la réceptivité du patient à changer et de la balance décisionnelle, ceci a été moins bien réussi pour l'activité physique que pour l'alimentation. Il est important de noter que dans la présente vignette, le patient standardisé était peu ouvert à changer ses habitudes d'activité physique et plus ouvert à modifier ses habitudes alimentaires. Dans ce cas, les étudiants ont, pour la plupart, orienté la discussion vers l'alimentation lorsqu'ils ont constaté cette fermeture ou tenté de confronter le patient en tentant de changer sa pratique d'activité physique malgré son manque de réceptivité à changer. Cela peut donc expliquer

les résultats plus faibles pour la réceptivité au changement et la balance décisionnelle de l'activité physique.

Les outils de l'entrevue motivationnelle ne semblent pas totalement maîtrisés par les étudiants puisqu'ils n'étaient pas suffisamment utilisés durant l'entrevue. Pourtant, tout comme les stratégies de l'évaluation de la réceptivité au changement et de la balance décisionnelle, ces outils ont été appris dans le cadre du programme de Profession MD: volet HV et mis en pratique en 3^e année lors de séances d'intégration clinique avec des patients professeurs où les étudiants disposaient de commentaires des patients sur leur performance. Il semble donc que, depuis les interventions du programme éducationnel, ces outils n'ont pas été suffisamment mis en pratique lors des stages cliniques malgré leur importante efficacité dans le soutien au changement soulevée dans la recension des écrits. Toutefois, la maîtrise de ces outils est complexe et nécessite de l'expérience et de la pratique. L'évaluation des outils de l'entrevue motivationnelle plus tard dans la formation de ces étudiants pourrait être considérée.

Il est toutefois important de souligner que plusieurs étudiants ont manqué de temps lors de la vignette clinique et n'ont pas pu compléter la discussion avec le patient, ce qui les a pénalisés dans la note globale de l'entrevue de conseil. Un avertissement durant les dernières minutes de la vignette clinique aurait pu permettre aux étudiants de structurer davantage leur discussion, d'accorder plus de temps à conclure l'entrevue et d'utiliser les outils s'y rattachant (objectifs spécifique, mesurable, ajustable, réaliste et temporel (SMART), outil d'auto-monitoring et suivi dans le temps).

6.2.3 Relations entre la compétence de conseil et les caractéristiques des étudiants

Pour ce qui est des corrélations entre la compétence de conseil au sujet des HV et les caractéristiques des étudiants, nous n'avons obtenu aucune corrélation significative. Plusieurs éléments peuvent expliquer ces résultats. Tout d'abord, nous n'avons pas la taille requise pour l'échantillon, ce qui a affecté la puissance à détecter des relations significatives qui est passée de 80% à 48%. Avec une telle puissance, nous avons seulement 48% de chances d'observer une relation significative si celle-ci existe

réellement. Une taille d'échantillon plus élevée aurait pu permettre d'observer cette relation. La force des corrélations obtenues sont toutefois très faibles, ce qui met en doute l'obtention de fortes corrélations même en présence d'un plus grand échantillon.

Ensuite, le programme éducationnel Profession MD: volet HV pourrait avoir aplani les corrélations étant donné que tous les étudiants ont suivi le même programme éducationnel. Donc, les caractéristiques étudiées telles que les HV et les connaissances des saines HV peuvent être plus similaires à travers le groupe comparativement aux populations étudiées et rapportées dans les écrits jusqu'à maintenant (tel que des médecins pratiquants où il n'y aurait pas eu d'intervention et où leurs propres attributs influenceraient davantage leur counseling). Si l'on regarde les écarts-types des différentes variables étudiées en lien avec la compétence de conseil, il existe une grande variabilité pour le poids, l'IMC et la dépense énergétique de loisir de Med 1 à Med 4. Il semble donc que cette hypothèse soit peu probable.

Puis, certaines habiletés ou traits de personnalité des étudiants pourraient aussi interférer dans les corrélations avec la compétence de conseil. En effet, une étude a démontré que différents aspects de la personnalité, telles qu'être consciencieux et empathique, corrélaient de façon significative avec les habiletés cliniques d'étudiants en médecine (Haight, 2012). Dans le cas de la présente étude, indépendamment de ses propres indicateurs anthropométriques, des HV et des connaissances des saines HV, un étudiant avec certains traits de personnalité favorisant de meilleures habiletés de communication pourrait faire une meilleure entrevue qu'une personne sensibilisée aux HV, mais qui possède moins d'habiletés à communiquer avec un patient. Dans le cadre des cours d'intégration clinique préventive inclus dans le programme de médecine, les étudiants apprennent les rudiments de la communication. En obtenant les résultats des étudiants de ces cours il aurait été possible de corriger pour cette habileté. Dans une future étude, il serait pertinent de colliger des informations quant à leurs traits de personnalité pour pouvoir corriger pour ces variables.

Il est important de rappeler que nous avons basé nos hypothèses sur les écrits scientifiques qui suggèrent, chez des médecins pratiquants, un lien entre la fréquence de conseil, leurs propres HV et leurs indicateurs anthropométriques. À la lumière des écrits recensés, nous avons énoncé comme hypothèse que de meilleures HV des étudiants seraient liées de façon positive à leur compétence de conseil. L'étude de Frank *et al.* avait conclu que les HV pouvaient prédire la fréquence du counseling à propos des saines HV (Frank, 2010). Cependant, la population étudiée était des médecins et non des étudiants en médecine.

Une autre de nos hypothèses mentionnait un IMC élevé serait lié à un résultat plus faible à l'évaluation de la compétence de conseil. L'émission de cette hypothèse provient des écrits scientifiques où une étude avait observé que les médecins avec un IMC normal conseillaient plus fréquemment leurs patients que les MD avec un IMC plus élevé (Bleich, 2012). La variable d'étude qui est différente (fréquence vs compétence) et la population à l'étude qui n'est pas la même peuvent expliquer le fait que cette hypothèse n'a pas été constatée dans notre cas.

Finalement, les écrits scientifiques nous indiquent que de meilleures connaissances sur les HV sont liées à une meilleure performance dans le counseling au sujet des HV (Wadland, 2011). Nous sommes tentés de croire que dans l'étude présente, les connaissances acquises au sujet des HV pourraient favoriser une meilleure compétence de conseil. Les résultats obtenus dans le cadre de cette étude ne nous permettent pas d'affirmer de tels propos. De plus, les examens théoriques ont été très bien réussis par l'ensemble des étudiants donc la distribution des résultats est limitée. Les corrélations peuvent donc être plus difficilement observables dans un tel cas. Une seule étude a réussi à démontré cette relation entre les connaissances des saines HV et la performance de conseil (Wadland, 2011). De meilleures assises théoriques pourraient nous permettre de réorienter les hypothèses dans le futur.

6.3 Forces et limites de l'étude

6.3.1 Les forces

Tout d'abord, la durée de l'étude sur 3 années scolaires ou 4 pour certains étudiants a permis d'apprécier l'évolution de plusieurs caractéristiques des étudiants durant leur participation au programme éducationnel.

En ce qui a trait à l'objectif 1, le haut taux de participation des étudiants est à souligner. Il est demeuré élevé pour les trois premières années avec une attrition d'environ 13% entre les années Med 1 et Med 3.

Une autre des forces de l'étude concerne le choix des outils de mesure, de par leur nature et leur nombre. L'étude comprend à la fois des évaluations pratiques et des questionnaires, donc des données mesurées et déclarées. Les données déclarées au sujet des HV peuvent engendrer un manque de précision et de représentativité. Malgré le fait que les HV soient déclarées, il a été discuté dans la recension des écrits qu'une étude avait rapporté de bonnes corrélations entre les données déclarées et mesurées chez une population d'étudiants en médecine (Frank, 2005).

En tant qu'évaluation pratique, la vignette clinique est une forme d'évaluation intéressante puisque cela permet l'intégration des connaissances, des outils et des techniques d'entrevue acquis lors du programme de Profession MD: volet HV et dans le reste de la formation médicale. C'est aussi une évaluation qui représente bien la future pratique clinique de ces étudiants (Gerner, 2010). Pour ce qui est des questionnaires sur les HV (QHV et Q. Chaire), autant pour l'activité physique et l'alimentation, les questions permettent de dresser le portrait des HV présentes des étudiants puisque l'on traite des différentes composantes de chaque habitude. De plus, le QHV est un questionnaire basé sur l'ESCC qui a été validé.

Le nombre d'outils de mesure a permis la triangulation des données pour vérifier la cohérence dans ce qui a été rapporté pour chacun des outils de mesure, ce qui rend plus plausible les résultats obtenus puisque les corrélations obtenues sont fortes.

Une autre force de l'étude concerne la standardisation de la grille de correction, de la vignette et des évaluateurs. Toutes les mesures à notre disposition ont été utilisées afin de rendre ces outils standardisés le plus possible, c'est-à-dire la consultation d'un expert pour le processus de validation, les documents d'accompagnement pour la correction des vignettes cliniques et l'enregistrement des vidéos.

6.3.2 Les limites

Pour ce qui est de l'objectif 2, le calcul de la taille de l'échantillon *a priori* était de 62 participants. Toutefois, les activités de recrutement nous ont permis d'évaluer 31 participants. Nous avons tenté de rejoindre tous les étudiants par courriel puis par téléphone. Le changement fréquent des coordonnées téléphoniques des étudiants en médecine au cours des années d'étude pourraient expliquer le fait que plusieurs n'ont pas été rejoints puisque nous n'avions plus les bonnes coordonnées au moment du recrutement.

Aucun incitatif n'a pu être proposé pour recruter les étudiants en raison des politiques du comité d'éthique. Afin d'inciter les étudiants à participer, nous avons donc mis l'accent sur le fait que cela consistait en une bonne expérience pour leur examen clinique et pour leur pratique future. Les étudiants rejoints par téléphone qui ont refusé de participer ont évoqué diverses raisons. D'une part, le moment d'évaluation concordait entre la fin de l'externat et le début de la résidence et ils étaient donc en période d'examens. Plusieurs ont donc refusé de participer puisqu'ils voulaient se concentrer sur leur étude, bien que cette évaluation consiste en une bonne expérience pour les examens cliniques et demande moins d'une heure de leur temps. Nous avons organisé différentes périodes d'évaluations afin de pallier à cette problématique, mais cela ne convenait pas à tous.

D'autre part, une autre raison évoquée était le manque d'intérêt. Il est important de rappeler que, tout au long de l'étude principale, toutes les évaluations faisaient partie du programme de Profession MD, il y avait donc peu d'efforts supplémentaires à fournir pour le projet de recherche en soi. Les étudiants sollicités qui ont accepté de participer à l'évaluation finale de la compétence de conseil sont probablement donc plus intéressés et sensibilisés aux HV et aux pratiques préventives que d'autres qui avaient moins d'intérêt et qui ont refusé. De

plus, l'intérêt pour le projet de recherche peut diminuer au fil du temps et être moins dans les priorités des étudiants puisque le projet avait démarré quatre ans plus tôt. Pour les études de cohorte, la longue durée de l'étude est une limite importante qui se traduit par l'attrition des sujets (Faculté de médecine et des sciences de la santé, 2011).

Une autre limite de l'étude concerne les différents moments de la collecte de données. La dernière collecte de données des indicateurs anthropométriques et du QHV a été réalisée au printemps, contrairement aux trois années précédentes où elles avaient été réalisées à l'automne. Cela peut engendrer des différences dans les indicateurs anthropométriques puisque le poids a tendance à fluctuer durant une année (Yanovski, 2000). En ce qui concerne les HV, en plus de la variation saisonnière, les étudiants ne sont pas nécessairement dans la même situation scolaire durant les trois premiers automnes comparativement au printemps de l'année 4 (stage, examens ou cours) ce qui peut influencer les HV, par exemple, dans le temps accordé à la préparation des repas ou le temps accordé aux activités physiques de loisir.

Le moment de collecte des données a aussi été différent dans le cas des examens théoriques (Med 1 et 2) et du moment de l'évaluation de la compétence de conseil. Cette limite devient importante dans la situation où l'on évalue la corrélation entre la compétence de conseil et les connaissances des HV. Ces dernières ne représentent donc pas les connaissances au moment précis de l'évaluation de la compétence de conseil (Med 4) puisque les examens ont été faits deux ans plus tôt. Par contre, nous savons que les connaissances générales semblent se maintenir après la deuxième année si l'on se fie aux résultats obtenus par le Q. Chaire.

Concernant la vignette clinique standardisée, elle est conçue pour être le plus près possible de la réalité de la pratique future des médecins et nous utilisons, entre autres, des patients standardisés pour y parvenir. Même s'ils ont tous reçu la même formation pour ce cas, il peut s'avérer difficile de contrôler des différences minimales dans le jeu de rôle des patients standardisés. Cela pourrait toutefois engendrer une interprétation différente d'un étudiant à l'autre et modifier le fil de la discussion.

En ce qui a trait au QHV, les questions relatives à l'activité physique de loisir ne permettent pas de déterminer l'intensité exacte de l'activité pratiquée puisqu'elle est déterminée par défaut (modérée) et le répondant n'est pas questionné à ce sujet. Cela peut avoir un impact dans le calcul de la dépense énergétique où l'intensité peut varier de façon importante à l'intérieur d'une même activité. Par contre, l'estimation basée sur le QHV est probablement plus précise que celle du Q. Chaire, car il est basé sur l'ESCC et validé dans la population canadienne.

Les questions sur l'alimentation peuvent amener une certaine ambiguïté étant donné que les questions concernent les habitudes alimentaires «en général» et non sur une période de référence spécifique. En présence d'une population étudiante où le mode de vie peut changer rapidement dans un milieu d'étude ou de stages, l'alimentation peut varier considérablement pour ce qui est du nombre de repas à l'extérieur, etc.

CHAPITRE 7 : CONCLUSION

Cette étude prospective visait, d'une part, à étudier l'évolution des HV, des connaissances saines des HV et des indicateurs anthropométriques d'une cohorte d'étudiants en médecine ayant suivi un nouveau programme éducationnel dans le curriculum MD. Selon les questionnaires et les outils de mesure utilisés pour mesurer cette évolution, nous avons observé que la plupart de ces caractéristiques se sont maintenues ou légèrement améliorées durant les années pré-doctorales. On constate donc que la participation au programme éducationnel de Profession MD : volet HV semble freiner la détérioration des HV telle qu'observée durant la première année universitaire dans les écrits scientifiques.

D'autre part, le présent projet visait à évaluer les liens entre les HV, les connaissances des saines HV et les indicateurs anthropométriques ainsi que la compétence de conseil au sujet des HV.

Le présent projet ne nous permet pas de démontrer qu'il existe un lien entre la compétence de conseil et les caractéristiques des étudiants MD. Nous espérons que ce sont les apprentissages du programme Profession MD : volet HV qui ont aplani les corrélations, mais nous ne pouvons l'affirmer. Le manque de puissance en raison de la petite taille de l'échantillon limite nos analyses. Les hypothèses ont été formulées en se basant sur les écrits scientifiques en présence d'une population avec plus de variabilité dans les caractéristiques personnelles que la population plus homogène qui était à l'étude et l'influence difficilement mesurable des aptitudes interpersonnelles dans le counseling concernant des saines HV sont des éléments importants à considérer.

REMERCIEMENTS

Je voudrais remercier Sophie Dryburgh-Larouche et Hugues Grandmaison pour leur collaboration dans la préparation de la vignette clinique standardisée ainsi que les patients standardisés Guillaume Renard Robert, Mauricio Correa, Mathieu Paré et Stéphane Burgi pour leurs disponibilités.

Un sincère merci à Marie-Pierre Garant et Nathalie Carrier, statisticiennes, pour leur aide.

Un merci particulier à Christina St-Onge pour son expertise en pédagogie médicale et ses disponibilités.

Un grand merci à tous les membres de l'équipe de recherche d'obésité tout particulièrement à Christine Brown pour ses réponses éclairantes à mes nombreuses questions et Vicki Lebrun pour l'aide dans les évaluations.

Un merci à tous les étudiants, qui malgré leur horaire chargé, ont accepté de participer à la vignette clinique standardisée.

Enfin, un merci à chacune de mes directrices Marie-France Langlois, Marie-France Hivert et Marianne Xhignesse pour le partage de leur savoir et leurs précieux conseils.

LISTE DES RÉFÉRENCES

- Agence de la Santé Publique du Canada. (2011) *L'obésité au Canada*. Retrieved 04/12, 2011, from <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/assets/pdf/oic-oac-fra.pdf>
- Ashenden R, Silagy C, Weller D. (1997) A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Family Practice*, 14(2), 160-176.
- Association des facultés de Médecine du Canada. (2010) *L'avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC): Une vision collective pour les études médicales prédoctorales*. Retrieved 01/16, 2012, from http://www.afmc.ca/future-of-medical-education-in-canada/medical-doctor-project/pdf/vision_collective.pdf
- Baillargeon JP, St-Cyr Tribble D, Xhignesse, M, Brown C, Carpentier AC, Donovan D, Fortin M, Grant A, Simoneau-Roy J, Langlois, MF.(soumis pour publication) Impact of an integrated obesity care management system on primary care health professionals: A prospective interventional study.
- Bernritter JA, Johnson JL, Woodard SL. (2011) Validation of a novel method for measuring waist circumference. *Plastic Surgical Nursing*, 31(1), 9-13.
- Bernstein E & Bernstein J. (1996) *Case studies in emergency medicine and the health of public*. . Boston, MA: Jones and Bartlett.
- Bleich SN, Bennett WL, Gudzone KA , Cooper LA. (2012) Impact of physician BMI on obesity care and beliefs. *Obesity*, 20(5), 999-1005.
- Bleich SN, Pickett-Blakely O, Cooper LA. (2011) Physician practice patterns of obesity diagnosis and weight-related counseling. *Patient Education & Counseling*, 82(1), 123-129.
- Brancati FL, Evans M, Furberg CD, Geller N, Haffner S, Kahn SE, Kaufmann PG, Lewis CE, Nathan DM, Pitt B, Safford MM, Look AHEAD Study Group (2012) Midcourse correction to a clinical trial when the event rate is underestimated: The look AHEAD (action for health in diabetes) study. *Clinical Trials*, 9(1), 113-124.
- Britt E, Hudson SM, Blampied NM. (2004) Motivational interviewing in health settings: A review. *Patient Education & Counseling*, 53(2), 147-155.
- Butler SM, Black DR, Blue CL, Gretebeck RJ (2004) Change in diet, physical activity, and body weight in female college freshman. *American Journal of Health Behavior*, 28(1), 24-32.

- Centers for Disease Control and Prevention. (2011) *Healthy people*. Retrieved 12/07, 2012, from http://www.cdc.gov/nchs/healthy_people.htm
- Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2005) *Cadre CanMeds* Retrieved 02/12, 2011, from <http://www.royalcollege.ca/public/resources/aboutcanmeds>
- Conroy MB, Delichatsios HK, Hafler JP, Rigotti NA. (2004) Impact of a preventive medicine and nutrition curriculum for medical students. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(1), 77-80.
- Cornuz J, Ghali WA, Carlantonio D, Pecoud A, Paccaud F(2000) Physicians' attitudes towards prevention: Importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. *Family Practice*, 17(6), 535-540.
- Crombie AP, Ilich JZ, Dutton GR, Panton LB, Abood DA. (2009) The freshman weight gain phenomenon revisited. *Nutrition Reviews*, 67(2), 83.
- Diabetes Prevention Program Research Group. (2009) 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the diabetes prevention program outcomes study. *Lancet*, 374(9702), 1677-1686.
- Faculté de médecine et des sciences de la santé. (2011) *Concepts méthodologiques en recherche clinique*. Université de Sherbrooke:
- Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, et al. (2007) Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomised controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA*, 277:1039–1045.
- Fleming, P & Godwin M. (2008) Lifestyle interventions in primary care: Systematic review of randomized controlled trials. *Canadian Family Physician*, 54(12), 1706-1713.
- Fostera KY, Nancy SD, Shawa D, Rogersc RL, Egand B, Careke P, Tomsicb J.(2002) Medical students' readiness to provide lifestyle counseling for overweight patients. *Eating Behaviors*, 3, 1-13.
- Frank E, Denniston M, Fitzmaurice D, Hertzberg V, Elon L. (2005) Medical students' self-reported typical counseling practices are similar to those assessed with standardized patients. *Medgenmed [Computer File]: Medscape General Medicine*, 7(1), 2.
- Frank E, Carrera JS, Elon L, Hertzberg Frank, VS. (2010) Predictors of canadian physicians' prevention counseling practices. *Canadian Journal of Public Health, Revue Canadienne De Sante Publique*, 101(5), 390-95.
- Gache, P & Daeppeen JB. (2006) *L'entretien motivationnel : Quelques repères théoriques et exercices pratiques*. Retrieved 01/17, 2011, from <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=23149>

- Gerner B, Sanci L, Cahill H, Ukoumunne OC, Gold L, Rogers L, McCallum Z and Wake M. (2010) Using simulated patients to develop doctors' skills in facilitating behaviour change: Addressing childhood obesity. *Medical Education*, 44, 706.
- Goyer L, Dufour R, Janelle C, Blais C, L'Abbé C, Raymond E, de Champlain J, Larochelle P. (2012) Randomized controlled trial on the long-term efficacy of a multifaceted, interdisciplinary lifestyle intervention in reducing cardiovascular risk and improving lifestyle in patients at risk of cardiovascular disease. *Journal of Behavioral Medicine*,
- Gramlich LH, Olstad DL, Nasser R, Goonewardene L, Raman, M et al. (2010) Medical students' perceptions of nutrition education in Canadian universities. *Applied Physiology, Nutrition & Metabolism*, 35(3), 336-343.
- Guiffre, A. (2009) Preparing medical students to counsel for smoking cessation. (Doctor of Philosophy in Counseling Psychology, West Virginia University, Morgantown).
- Haight SJ, Chibnall JT, Schindler DL, Slavin SJ (2012) Associations of medical student personality and Health/Wellness characteristics with their medical school performance across the curriculum. *Academic Medicine*, 87, 476.
- Hash RB, Munna RK, Vogel RL, Bason JJ. (2003) Does physician weight affect perception of health advice? *Preventive Medicine*, 36(1), 41-44.
- Hauer KE, Carney PA, Chang A, Satterfield J. (2012) Behavior change counseling curricula for medical trainees: A systematic review. *Academic Medicine*, 87(7), 956-968
- Hivert MF, Langlois MF, Berard P, Cuerrier JP, Carpentier AC. (2007) Prevention of weight gain in young adults through a seminar-based intervention program. *International Journal of Obesity*, 31, 1262.
- Hivert MF, Jablonski KA, Perreault L, Saxena R, McAteer JB, Franks PW, Hamman RF, Kahn SE, Haffner S, DIAGRAM Consortium, Meigs JB, Altshuler D, Knowler WC, Florez JC, Diabetes Prevention Program Research Group. (2011) Updated genetic score based on 34 confirmed type 2 diabetes loci is associated with diabetes incidence and regression to normoglycemia in the diabetes prevention program. *Diabetes*, 60(4), 1340-1348.
- Houston Miller N. (2010) Motivational interviewing as a prelude to coaching in healthcare settings. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(3), 247-251.
- Jacobson DM, Strohecker L, Compton MT, Katz DL. (2005) Physical activity counseling in the adult primary care setting: Position statement of the American College of Preventive Medicine. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(2), 158-162.

- Jeffery B. (2012) *Centre for science in the public interest before the house of common standing committee on health*. Ottawa: Centre for Science in the Public Interest.
- Johansson SE & Sundquist J. (1999) Change in lifestyle factors and their influence on health status and all-cause mortality. *International Journal of Epidemiology*, 28(6), 1073-1080.
- Jung M, Bray E, Russell S, Ginis K, Martin A. (2008) Behavior changes and the freshman 15: Tracking physical activity and dietary patterns in first-year university women. *Journal of American College Health*, 56(5), 523.
- Keller VF & White MK. (1997) Choices and changes: A new model for influencing patient health behavior. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 4(6), 33.
- Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, Nathan DM. (2002) Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New England Journal of Medicine*, 346(6), 393.
- Kushner RF, Kessler S, McGaghie W. (2011) Using behavior change plans to improve medical student self-care. *Academic Medicine*, 86(7), 901-906.
- Langlois MF, Hivert MF, Xhignesse M, Brown C, Carpentier AC, Bilodeau S. (2011) An innovative program to increase medical students' awareness of their own lifestyle and competency to perform lifestyle counseling. *Canadian Conference of Medical Education (CCME)*, Toronto.
- Levitsky DA, Halbmaier CA, Mrdjenovic G. (2004) The freshman weight gain: A model for the study of the epidemic of obesity. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 28(11), 1435-1442.
- Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Aunola S, Cepaitis Z. (2003) Prevention of diabetes mellitus in subjects with impaired glucose tolerance in the finnish diabetes prevention study: Results from a randomized clinical trial. *Journal of the American Society of Nephrology*, 14(7 Suppl 2), S108-13.
- Lobelo, F. (2009) Physical activity habits of doctors and medical students influence their counselling practices. *British Journal of Sports Medicine*, 43(2), 89.
- Maheux, B. (2010-11) *Pour que les médecins ait la prévention à coeur*. Unpublished manuscript.
- Miller ER 3rd, Erlinger TP, Young DR, Jehn M, Charleston J, Rhodes D, Wasan SK, Appel LJ. (2002) Results of the diet, exercise, and weight loss intervention trial (DEW-IT). *Hypertension*, 40(5), 612-618.

- Miller, WR & Rollnick S. (2009) Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 37(2), 129-140.
- Ockene J, Kristeller J, Pbert L, Hebert JR, Luippold R, Goldberg RJ, Landon J, Kalan K.(1994) The physician-delivered smoking intervention project: Can short-term interventions produce long-term effects for a general outpatient population? *Health Psychology*, 13, 278.
- O'Loughlin J, Makni H, Tremblay M, Lacroix C, Gervais A, Déry V, Meshefedjian G, Paradis G. (2001) Smoking cessation counseling practices of general practitioners in montreal. *Preventive Medicine*, 33(6), 627-638.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2003) *Définition de la santé de l'OMS*. Retrieved 12/06, 2012, from <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2010) *Plan d'action 2008-2013 pour la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles*. Retrieved 03, 2011, from <http://www.who.int/publications/list/9789241597418/fr/index.html>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2011a). *Aide-mémoire : Les maladies non-transmissibles*. Retrieved 12/20, 2011, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/fr/index.html>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2011b) *Obésité et surpoids*. Retrieved 20/12, 2011, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2011c) *Thème de santé: Maladies chroniques*. Retrieved 02, 2011, from http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/
- Organisme Mondial de la Santé(OMS). (2005) *Former les personnels de santé du XXIe siècle:Le défi des maladies chroniques*. Retrieved 03, 2011, from http://www.who.int/publications/list/chp_workforce_report/fr/index.html
- Organisme Mondial de la Santé (OMS). (1997). *Report of a WHO Consultation. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000*. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Retrieved 03,2013 from WHO technical report series 894.
- Petrella, RJ & Lanttanzio CN. (2002) Does counseling help patients get active? *Canadian Family Physician*, 48, 72-80.
- Poirier MK , Clark MM, Cerhan JH, Pruthi S , Geda YE, Dale LC. (2004) Teaching motivational interviewing to first-year medical students to improve counseling skills in health behavior change. *Mayo Clinic Proceedings*, 79(3), 327-331.
- Poirier P & Despres JP. (2003) Waist circumference, visceral obesity, and cardiovascular risk. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 23(3), 161-169.

- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. (1992) In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist Review* 47(9):1102-14.
- Rakel DP & Hedgecock J. (2008) Healing the healer: A tool to encourage student reflection towards health. *Medical Teacher*, 30, 633-635.
- Rogers LQ, Gutin B, Humphries MC, Lemmon CR, Waller JL, Baranowski T, Saunders R. (2006) Evaluation of internal medicine residents as exercise role models and associations with self-reported counseling behavior, confidence, and perceived success. *Teaching and Learning in Medicine*, 18(3), 215.
- Rose AE, Frank E, Carrera JS. (2011) Factors affecting weight counseling attitudes and behaviors among U.S. medical students. *Academic Medicine*, 86(11), 1463-1472.
- Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B. (2005) Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55(513), 305-312.
- Santé Canada. (2003) *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*. Retrieved 01/12, 2011, from http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/nutrition/weight_book-livres_des_poids-fra.pdf
- Santé Canada. (2011) *Vie saine*. Retrieved 01/10, 2012, from <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/index-fra.php>
- Santé Canada. (2011) Bien manger avec le *Guide Alimentaire Canadien* Retrieved 18/03,2013 from <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-fra.php>
- Sauvageau C, Groulx S, Pelletier A, Ouakki M, Dubé E. (2008) Do you counsel your patients on their health behaviors? *Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne De Sante Publique*, 99(1), 31-35.
- Sciamanna, C. (non publie) *Decline in US physicians counseling during the obesity epidemic* (29th Annual Scientific Meeting, Obesity Society ed.). Orlando, Florida:
- Sharma M & FreedhoffY. (2010) In Canadian Obesity Network-Réseau Canadien en Obésité (CON-RCO) (Ed.), *Best weight: A practical guide for office-based obesity management*
- Spollen JJ, Thrush CR, Mui DV, Woods MB, Tariq SG, Hicks ESpollen. (2010) A randomized controlled trial of behavior change counseling education for medical students. *Medical Teacher*, 32(4), e170-e177.
- Statistique Canada. (2006) *A guide to accessing and interpreting the data 2004* . Retrieved 11/08, 2012, from http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/surveill/cchs-guide-escc-eng.pdf.

- Statistique Canada. (2009) *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) - cycle 1.1*. Retrieved 01/09, 2012, from <http://www.statcan.gc.ca/concepts/health-sante/content-contenu-fra.htm>
- Statistique Canada. (2011) *Tabagisme, 2010*. Retrieved 12/22, 2011, from <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2011001/article/11468-fra.htm>
- Statistique Canada. (2012) *Consommation de fruits et légumes par région sociosanitaire, 2009-2010*. Retrieved 12/22, 2011, from http://www.statcan.gc.ca/access_acces/alternative_alternatif.action?l=fra&loc=http://www.statcan.gc.ca/pub/82-583-x/2011001/article/11569-fra.pdf&t=Consommation%20de%20fruits%20et%20l%E9gumes%20par%20r%E9gion%20sociosanitaire,%202009-2010
- Thande NK, Hurstak EE, Sciacca RE, Giardina EG. (2009) Management of obesity: A challenge for medical training and practice. *Obesity*, 17(1), 107-113.
- Unick JL, Beavers D, Jakicic JM, Kitabchi AE, Knowler WC, Wadden TA, Wing RR, Look AHEAD Research Group. (2011) Effectiveness of lifestyle interventions for individuals with severe obesity and type 2 diabetes: Results from the look AHEAD trial. *Diabetes Care*, 34(10), 2152.
- Vella-Zarb RA & Elgar FJ. (2009) The 'freshman 5': A meta-analysis of weight gain in the freshman year of college. *Journal of American College Health*, 58(2), 161-166.
- Wadland WC, WinklerPrins VJ, Noel MM, Thompson ME, Rios-BedoyaWadland CF. (2011) Student performance on smoking cessation counseling with standardized patients. *Family Medicine*, 43(6), 422-428.
- Wechsler H, Levine S, Idelson RK, Rohman M, Taylor JO. (1983) The physician's role in health promotion — A survey of primary-care practitioners. *New England Journal of Medicine*, 308(2), 97-100.
- Yanovski JA, Yanovski SZ, Sovik KN, Nguyen TT, O'Neil PM, Sebring NG. (2000) A prospective study of holidayweight gain. *New England Journal of Medicine*, 342(12), 861-7.
- Zimmerman GL, Olsen CG, Bosworth MF. (2000) A 'stages of change' approach to helping patients change behavior. *American Family Physician*, 61(5), 1409-1416.

ANNEXES

Annexe A- Formulaire de consentement initial

Invitation aux étudiants de 1^{re} année (cohorte intervention) à participer et
formulaire de consentement pour le projet de recherche :

IMPACT D'UN PROGRAMME ÉDUCATIONNEL SUR LE PROFIL ET LES HABITUDES DE VIE D'UN GROUPE D'ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

Dre Marie-France Langlois, MD, FRCPC, CSPQ. Professeur titulaire de Médecine,
Physiologie et Biochimie.- Faculté de médecine et des sciences de la santé de
l'Université de Sherbrooke – Département de médecine, Service d'endocrinologie.

Dr André Carpentier, M.D. Professeur agrégé – Département de médecine, Service
d'endocrinologie

Dre Marianne Xhignesse, M.D., M.Sc.. Professeure titulaire - Département de médecine de famille
et titulaire de la Chaire Lucie et André Chagnon.

Dre Marie-France Hivert, MD. Endocrinologue, CHUS.

Dre Fabienne Langlois, MD. Résidente en endocrinologie, CHUS.

Madame, Monsieur,

Nous vous invitons à participer à la recherche en titre. Vous vous apprêtez à suivre un cours nommé « Profession MD » dans le cadre de votre curriculum académique au sein du doctorat de médecine. Ce cours innovateur instauré par la Faculté de médecine pour la première année à partir de l'automne 2008 comporte un volet sur la prévention et les saines habitudes de vie. Le projet auquel nous vous convions vise à évaluer l'impact du volet *Habitudes de vie* du programme Profession MD sur vos connaissances, vos compétences, ainsi que vos habitudes de vie et certaines mesures de votre santé globale au cours des trois ans où vous suivrez ce cours. L'étude espère ainsi supporter ce programme universitaire d'éducation sur les habitudes de vie et éventuellement de pouvoir mener à disséminer son implantation à d'autres facultés et centres universitaires.

En quoi consiste la participation au projet?

Votre participation à ce projet de recherche consiste à donner accès aux chercheurs nommés ci-haut aux données sur vos habitudes de vie et sur votre santé que vous colligerez dans le cadre de votre cours «Profession MD». Un questionnaire supplémentaire sur des données démographiques et votre état de santé sera ajouté dans le cadre de ce projet de recherche. Ce questionnaire supplémentaire prend environ cinq minutes à remplir et vous sera distribué à chaque année. Votre participation au projet nécessite aussi votre autorisation à ce que l'équipe de chercheurs ait accès de manière confidentielle à vos évaluations et notes d'examens (examens écrits et ÉCOS) du cours « Profession MD », afin de permettre de suivre l'évolution de vos connaissances et compétences.

De plus, vous avez été invité à participer au projet de recherche mené par Dre Xhignesse nommé « Promouvoir l'approche intégrée en prévention auprès des étudiants en sciences de la santé ». Vous avez peut-être répondu à un questionnaire sur vos connaissances et habitudes de vie dans le cadre de cette étude. Si tel est le cas, nous vous demandons de signer à la fin du présent document si vous acceptez que nous ayons accès à ces données pour fin de comparaison. Ces données sont anonymes car protégées par un code d'identificateur unique qui sera le même que celui utilisé pour l'étude actuelle.

Qu'est-ce que les chercheurs feront avec les données recueillies?

Pour éviter votre identification comme personne participant à cette recherche, les données recueillies par cette étude seront traitées de manière **entièrement confidentielle**. Les professeurs et moniteurs du cours « Profession MD » n'auront d'aucune façon accès à la liste des participants et ceci n'affectera en rien votre évaluation à ce cours. Seuls les chercheurs et assistants de recherche auront accès aux données et les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les personnes participantes. Il est possible que les données anonymes soient utilisées par des étudiantes et étudiants de maîtrise ou de doctorat, qui réaliseraient une recherche sur une thématique étroitement reliée au projet original. Les données ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Est-il obligatoire de participer?

Non. La participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement **libre de participer ou non**, et de vous retirer en tout temps. La décision de participer ou non à cette étude se fait de façon anonyme et n'affectera en rien votre évaluation au cours « Profession MD ».

Y a-t-il des risques, inconvénients ou bénéfices?

Le premier inconvénient lié à votre participation à ce projet de recherche est l'investissement des quelques minutes supplémentaires requises par le questionnaire que vous devrez remplir à chaque année. Tout le reste de votre participation est partie intégrante du programme de formation que vous suivrez de toute façon. Vous êtes libres de refuser de répondre à toute question.

Le deuxième inconvénient est le risque éventuel d'un bris de confidentialité de vos données personnelles dans le cadre de ce projet de recherche. Ce risque sera très faible car nous rendrons anonymes toutes les banques de données qui incluront les données vous concernant. Le code unique qui reliera ces données à votre identité sera gardé séparément sous clé par l'investigateur principal de l'étude, le Dr Marie-France Langlois. Ainsi, aucune autre personne de l'équipe de recherche ne pourra vous associer à des

données colligées lors des analyses éventuelles. Toutes les présentations et communications scientifiques n'incluront que des données anonymes.

La contribution à l'avancement des connaissances sur les thèmes de la prévention de l'obésité et la promotion de saines habitudes de vie sont les bénéfices prévus. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Est-ce que cette étude est subventionnée? Non.

Que faire si j'ai des questions concernant le projet? N'hésitez pas à communiquer avec nous aux coordonnées indiquées ci-dessous.

Fabienne Langlois
Résidente en endocrinologie
fabienne.langlois@usherbrooke.ca
france.langlois@usherbrooke.ca

Téléavertisseur : 819-820-6400, #1183
#9921

Marie-France Langlois
Professeur titulaire de médecine
marie-

Téléavertisseur : 819-820-6400,

*J'ai lu et compris le document d'information au sujet du projet **Impact d'un programme éducationnel sur le profil et les habitudes de vie d'un groupe d'étudiants en médecine.** J'ai compris les conditions, les risques et les bienfaits de ma participation. J'ai obtenu des réponses aux questions que je me posais au sujet de ce projet. J'accepte librement de participer à ce projet de recherche.*

*De plus, j'autorise aux chercheurs l'accès aux données anonymes recueillies par le questionnaire du projet de recherche de Dre Xhignesse : **Promouvoir l'approche intégrée en prévention auprès des étudiants en sciences de la santé.***

Participant ou participant :	Chercheur (ou son délégué) :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

S.V.P. Signez les deux copies.

Conservez une copie et remettez l'autre au chercheur/ à la chercheuse.

Ce projet a été revu et approuvé par le comité d'éthique de la recherche Éducation et sciences sociales, de l'Université de Sherbrooke. Cette démarche vise à assurer la **protection des participantes et participants**. Si vous avez des questions sur les aspects éthiques de ce projet (consentement à participer, confidentialité, etc.), n'hésitez pas à communiquer avec M. Eric Yergeau, président de ce comité, au (819) 821-8000 poste 62558 ou à Eric.Yergeau@UShe

Annexe B- Formulaire de consentement suite aux modifications



Invitation aux étudiants participants au projet de recherche :

ÉVALUATION DE L'IMPACT D'UN NOUVEAU PROGRAMME ÉDUCATIONNEL DANS LE CADRE DU CURRICULUM M.D. À L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Dre Marie-France Langlois, MD, FRCPC, CSPQ. Professeur titulaire de Médecine,
Physiologie et Biochimie- Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université
de Sherbrooke – Département de médecine, Service d'endocrinologie.

Dre Marianne Xhignesse, M.D., M.Sc. Professeure titulaire - Département de médecine de famille
et titulaire de la Chaire Lucie et André Chagnon.

Dre Marie-France Hivert, MD. Endocrinologue, CHUS.

Madame, Monsieur,

Le projet auquel vous participez vise à évaluer l'impact du volet *Habitudes de vie* du programme Profession MD sur vos connaissances, vos compétences, ainsi que vos habitudes de vie et certaines mesures de votre santé globale au cours des trois ans où vous aurez suivi ce cours. L'étude espère ainsi supporter ce programme universitaire d'éducation sur les habitudes de vie et éventuellement de pouvoir mener à disséminer son implantation à d'autres facultés et centres universitaires.

En quoi consiste la participation au projet?

Étant donné que le programme a décidé de retirer l'évaluation écrite et pratique par ECOS à la fin de la 3^e année de formation, nous avons décidé de remplacer celle-ci par une évaluation pratique sous forme de vignette clinique standardisée à la fin de l'externat. Celle-ci sera enregistrée et évaluée à l'aveugle selon une grille de correction standardisée. Nous vous demanderons aussi de remplir à nouveau le questionnaire sur les habitudes de vie, le questionnaire sur les changements dans votre état de santé, votre choix de spécialité pour la résidence et nous mesurerons vos données anthropométriques (poids,

tour de taille). Cette nouvelle évaluation prendra au maximum une demi-journée de votre temps.

Qu'est-ce que les chercheurs feront avec les données recueillies?

Pour éviter votre identification comme personne participant à cette recherche, les données recueillies par cette étude seront traitées de manière **entièrement confidentielle**. Les professeurs de la Faculté de médecine n'auront d'aucune façon accès à la liste des participants. Seuls les chercheurs et assistants de recherche auront accès aux données et les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les personnes participantes. Il est possible que les données anonymes soient utilisées par des étudiantes et étudiants de maîtrise ou de doctorat, qui réaliseraient une recherche sur une thématique étroitement reliée au projet original. Les données seront détruites au plus tard cinq ans après la fin du projet et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Est-il obligatoire de participer?

Non. La participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement **libre de participer ou non**, et de vous retirer en tout temps. La décision de participer ou non à cette étude se fait de façon anonyme.

Y a-t-il des risques, inconvénients ou bénéfices?

Au-delà de l'inconvénient de temps mentionné jusqu'ici, les chercheuses considèrent que les risques possibles sont minimaux. Les bénéfices potentiels sont d'une part de contribuer à l'avancement des connaissances sur les thèmes de la prévention de l'obésité et la promotion de saines habitudes de vie, mais aussi d'avoir l'opportunité de suivre votre propre état de santé sur ces quelques années.

Que faire si j'ai des questions concernant le projet? N'hésitez pas à communiquer avec nous aux coordonnées indiquées ci-dessous.

Marie-France Langlois
 Professeur titulaire de médecine
marie-france.langlois@usherbrooke.ca
 Téléavertisseur : 819-820-6400, #9921
 6400, #8233

Christine Brown
 Assistante de recherche
cbrown.chus@ssss.gouv.qc.ca
 Téléavertisseur : 819-820-

*J'ai lu et compris le document d'information au sujet du projet **Évaluation de l'impact d'un nouveau programme éducationnel dans le cadre du curriculum M.D. à l'Université de Sherbrooke**. J'ai compris les conditions, les risques et les bienfaits de ma participation. J'ai obtenu des réponses aux questions que je me posais au sujet de ce projet. J'accepte librement de participer à ce projet de recherche.*

Participante ou participant :

Chercheur (ou son délégué) :

Signature :

Signature :

Nom :

Nom :

Date :

Date :

S.V.P. Signez les deux copies.

Conservez une copie et remettez l'autre au chercheur/ à la chercheuse.

Ce projet a été revu et approuvé par le comité d'éthique de la recherche Éducation et sciences sociales, de l'Université de Sherbrooke. Cette démarche vise à assurer la **protection des participantes et participants**. Si vous avez des questions sur les aspects éthiques de ce projet (consentement à participer, confidentialité, etc.), n'hésitez pas à communiquer avec M. André Balleux, président de ce comité, au (819) 821-8000 poste 62439 ou à Andre.Balleux@USherbrooke.ca.

Annexe C- Questionnaire des habitudes de vie (QHV)



Questionnaire sur les habitudes de vie (QHV)

Nom :

Prénom :

Date :

Alimentation :

Les questions qui suivent se rapportent aux aliments que vous mangez ou buvez habituellement. Pensez à tous les aliments que vous mangez, soit comme repas ou comme collation, tant à la maison qu'à l'extérieur.

Consommation de fruits et de légumes :

Question 1 À quelle fréquence buvez-vous habituellement des jus de fruits, comme du jus d'orange, de pamplemousse ou de tomate? (par exemple : une fois par jour, trois fois par semaine, deux fois par mois)

N'inscrivez que le nombre : _____ fois

Cochez la période déclarante.

1 ☐ Par jour 2 ☐ Par semaine 3 ☐ Par mois 4 ☐ Par année

Question 2 Sans compter les jus, à quelle fréquence mangez-vous habituellement des fruits?

N'inscrivez que le nombre

fois

Cochez la période déclarante.

1 ☐ Par jour 2 ☐ Par semaine 3 ☐ Par mois 4 ☐ Par année

Question 3 À quelle fréquence mangez-vous habituellement des légumes, sans compter les patates (cuites, frites, rissolées, etc)?

N'inscrivez que le nombre : _____ fois

Cochez la période déclarante.

1 ☐ Par jour 2 ☐ Par semaine 3 ☐ Par mois 4 ☐ Par année

Question 4 À quelle fréquence mangez-vous habituellement de la soupe?

N'inscrivez que le nombre : _____ fois

Cochez la période déclarante.

1 ☐ Par jour 2 ☐ Par semaine 3 ☐ Par mois 4 ☐ Par année

Consommation de produits laitiers :

Question 5 À quelle fréquence buvez-vous habituellement du lait?

N'inscrivez que le nombre : _____ fois

Cochez la période déclarante.

1 ☐ Par jour 2 ☐ Par semaine 3 ☐ Par mois 4 ☐ Par année

De quelle sorte de lait s'agit-il?

1 ☐ Lait entier (3.25%)

3 ☐ Lait 1%

2 ☐ Lait 2%

4 ☐ Lait écrémé

5 ☐ Autre – précisez :

Question 6 À quelle fréquence mangez-vous habituellement du yogourt?

N'inscrivez que le nombre : _____ fois

Cochez la période déclarante.

1 ☐ Par jour 2 ☐ Par semaine 3 ☐ Par mois 4 ☐ Par année

De quelle sorte de yogourt s'agit-il?

6 ☐ Yogourt normal (plus de 2% de matière grasse)

7 ☐ Yogourt faible en gras (1-2% de matière grasse)

8 ☐ Yogourt très faible en gras (0-1% de matière grasse)

9 ☐ Autre – précisez :

Petit déjeuner :

Question 7 En moyenne, combien de matin(s) par semaine prenez-vous un petit déjeuner?

☐ 0 matin par semaine

☐ 5 matins par semaine

☐ 1 matin par semaine

☐ 6 matins par semaine

☐ 2 matins par semaine

☐ 7 matins par semaine

☐ 3 matins par semaine

☐ 4 matins par semaine

Quels aliments consistent votre petit déjeuner habituel (vous pouvez cocher plus d'une réponse)?

1 ☐ Céréales

6 ☐ Yogourt ou lait

2 ☐ Rôties

7 ☐ Pâtisseries (brioches, etc.)

3 ☐ Gaufres

8 ☐ Viandes

4 ☐ Œufs

9 ☐ Autres :

5 ☐ Fruits ou légumes

10 ☐ Aucun

Consommation de boissons gazeuses :

Question 8 À quelle fréquence buvez-vous habituellement des boissons gazeuses « diètes »?

N'inscrivez que le nombre : _____ fois

Cochez la période déclarante.

1 ☐ Par jour 2 ☐ Par semaine 3 ☐ Par mois 4 ☐ Par année

Question 9 À quelle fréquence buvez-vous habituellement des boissons gazeuses « régulières »?

N'inscrivez que le nombre : _____ fois

Cochez la période déclarante.

1 ☐ Par jour 2 ☐ Par semaine 3 ☐ Par mois 4 ☐ Par année

Restauration :

Question 10 À quelle fréquence mangez-vous à la cafétéria?

N'inscrivez que le nombre : _____ fois

Cochez la période déclarante.

1 ☐ Par jour 2 ☐ Par semaine 3 ☐ Par mois 4 ☐ Par année

Question 11 À quelle fréquence allez-vous au restaurant (tous types de restaurants confondus, excluant la cafétéria)?

N'inscrivez que le nombre : _____ fois

Cochez la période déclarante.

1 ☐ Par jour 2 ☐ Par semaine 3 ☐ Par mois 4 ☐ Par année

Question 12a À quelle fréquence allez-vous dans des restaurants de type restauration rapide ou « fast-food » (ex : McDonald, Burger King, Harvey's, La Belle Province, etc.)?

N'inscrivez que le nombre : _____ fois

Cochez la période déclarante.

1 ☐ Par jour 2 ☐ Par semaine 3 ☐ Par mois 4 ☐ Par année

Activités physiques :

Les questions qui suivent se rapportent à vos activités de déplacement, de loisirs et à vos habitudes sédentaires habituelles.

Activités de déplacement :

Question 12b Habituellement, de quelle façon vous rendez-vous à l'école?

1 <input type="checkbox"/> En voiture	4 <input type="checkbox"/> À pied
2 <input type="checkbox"/> En autobus	5 <input type="checkbox"/> Autre :
3 <input type="checkbox"/> En vélo	

Question 13 Lorsque vous avez le choix entre l'escalier et l'ascenseur (ou l'escalier roulant), vous prenez l'escalier

1 <input type="checkbox"/> Tout le temps	4 <input type="checkbox"/> Moins de la moitié du temps
2 <input type="checkbox"/> La majorité du temps	5 <input type="checkbox"/> Presque jamais
3 <input type="checkbox"/> Environ la moitié du temps	6 <input type="checkbox"/> Jamais

Activités de loisirs :

Question 14 Au cours des 3 derniers mois, avez-vous fait les activités suivantes?

Cochez toutes les réponses appropriées.

- ☐ 1- Marche pour faire de l'exercice
- ☐ 2- Jardinage ou travaux à l'extérieur
- ☐ 3- Natation
- ☐ 4- Bicyclette
- ☐ 5- Danse moderne ou danse sociale
- ☐ 6- Exercices à la maison
- ☐ 7- Hockey sur glace
- ☐ 8- Patinage sur glace
- ☐ 9- Patins à roues alignées
- ☐ 10- Jogging ou course
- ☐ 11- Golf
- ☐ 12- Exercices dirigés ou aérobies
- ☐ 13- Ski alpin ou planche à neige
- ☐ 14- Quilles
- ☐ 15- Baseball ou balle molle
- ☐ 16- Tennis
- ☐ 17- Poids et haltères
- ☐ 18- Pêche
- ☐ 19- Volleyball
- ☐ 20- Basketball (ballon panier)
- ☐ 21- Autre :
- ☐ 22- Aucune activité physique

Inscrivez maintenant chaque activité cochée individuellement

Activité :

Nom de l'activité :

Combien de fois avez-vous pratiqué cette activité au cours des 3 derniers mois?

fois

À peu près combien de temps en avez-vous fait chaque fois?

1 ☐ De 1 à 15 minutes

2 ☐ De 16 à 30 minutes

3 ☐ De 31 à 60 minutes4 ☐ Plus d'une heure

Activité :

Nom de l'activité :

Combien de fois avez-vous pratiqué cette activité au cours des 3 derniers mois?

fois

À peu près combien de temps en avez-vous fait chaque fois?

1 ☐ De 1 à 15 minutes3 ☐ De 31 à 60 minutes2 ☐ De 16 à 30 minutes4 ☐ Plus d'une heure

Activité :

Nom de l'activité :

Combien de fois avez-vous pratiqué cette activité au cours des 3 derniers mois?

fois

À peu près combien de temps en avez-vous fait chaque fois?

1 ☐ De 1 à 15 minutes3 ☐ De 31 à 60 minutes2 ☐ De 16 à 30 minutes4 ☐ Plus d'une heure

Activité :

Nom de l'activité :

Combien de fois avez-vous pratiqué cette activité au cours des 3 derniers mois?

fois

À peu près combien de temps en avez-vous fait chaque fois?

1 ☐ De 1 à 15 minutes2 ☐ De 16 à 30 minutes

3 ☐ De 31 à 60 minutes

4 ☐ Plus d'une heure

Activité :

Nom de l'activité :

Combien de fois avez-vous pratiqué cette activité au cours des 3 derniers mois?

fois

À peu près combien de temps en avez-vous fait chaque fois?

1 ☐ De 1 à 15 minutes

3 ☐ De 31 à 60 minutes

2 ☐ De 16 à 30 minutes

4 ☐ Plus d'une heure

Activité :

Nom de l'activité :

Combien de fois avez-vous pratiqué cette activité au cours des 3 derniers mois?

fois

À peu près combien de temps en avez-vous fait chaque fois?

1 ☐ De 1 à 15 minutes

3 ☐ De 31 à 60 minutes

2 ☐ De 16 à 30 minutes

4 ☐ Plus d'une heure

Activités sédentaires :

Question 15 Au cours d'une semaine normale d'école, combien d'heures de classe avez-vous?

Nombre d'heures :

Question 16 Au cours d'une semaine normale d'école, combien d'heures passez-vous à étudier en dehors des heures de classe?

4 ☐ De 3 à 5 heures

1 ☐ Aucune

2 ☐ Moins de 1 heure

3 ☐ De 1 à 2 heures

5 ☐ De 6 à 10 heures

6 ☐ De 11 à 14 heures8 ☐ Plus de 20 heures7 ☐ De 15 à 20 heures

Question 17 Durant une semaine normale, combien d'heures passez-vous à l'ordinateur, y compris sur Internet ou le Web, et à jouer à des jeux informatiques? (Excluez le temps passé pour le travail ou pour l'école).

1 ☐ Aucune5 ☐ De 6 à 10 heures2 ☐ Moins de 1 heure6 ☐ De 11 à 14 heures3 ☐ De 1 à 2 heures7 ☐ De 15 à 20 heures4 ☐ De 3 à 5 heures8 ☐ Plus de 20 heures

Question 18 Durant une semaine normale, combien d'heures passez-vous à jouer à des jeux vidéos, y compris SEGA, Nintendo, X-Box, Wii et Playstation?

1 ☐ Aucune5 ☐ De 6 à 10 heures2 ☐ Moins de 1 heure6 ☐ De 11 à 14 heures3 ☐ De 1 à 2 heures7 ☐ De 15 à 20 heures4 ☐ De 3 à 5 heures8 ☐ Plus de 20 heures

Question 19 Durant une semaine normale, combien d'heures passez-vous à regarder la télévision ou des vidéos?

1 ☐ Aucune5 ☐ De 6 à 10 heures2 ☐ Moins de 1 heure6 ☐ De 11 à 14 heures3 ☐ De 1 à 2 heures7 ☐ De 15 à 20 heures4 ☐ De 3 à 5 heures8 ☐ Plus de 20 heures

Question 20 Durant une semaine normale, combien d'heures passez-vous à lire, sans compter au travail ou à l'école?

1 ☐ Aucune6 ☐ De 11 à 14 heures2 ☐ Moins de 1 heure7 ☐ De 15 à 20 heures3 ☐ De 1 à 2 heures8 ☐ Plus de 20 heures4 ☐ De 3 à 5 heures5 ☐ De 6 à 10 heures

Question 21 En moyenne, combien d'heures par nuit dormez-vous en semaine?

Nombre d'heures :

Question 22 En moyenne, combien d'heures par nuit dormez-vous la fin de semaine?

Nombre d'heures :

S'il vous plaît, assurez-vous d'avoir répondu à toutes les questions. Merci de votre collaboration!

Annexe D- Questionnaire de la Chaire Lucie et André Chagnon Medecine 1

 UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine
et des sciences de la santé

Chaire Lucie et André Chagnon pour
l'enseignement d'une approche intégrée
en prévention (AIP)

Sondage sur les habitudes de vie Étudiantes et étudiants de 1^{re} année en médecine (Promotion 2012)

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES			
Sexe :	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	
Âge :	<input type="checkbox"/> ≤ 21 ans	<input type="checkbox"/> > 21 ans	
Campus :	<input type="checkbox"/> Sherbrooke	<input type="checkbox"/> Saguenay	<input type="checkbox"/> Moncton
Études pré-médicales :	<input type="checkbox"/> Cégep ou Équivalent		<input type="checkbox"/> Études Universitaires

**Toutes les questions suivantes se réfèrent à votre dernière année scolaire (2007-2008)
SVP répondez spontanément**

Pour les questions 1 et 2 :

Le « 1 » signifie un état de santé médiocre et le « 10 » un excellent état de santé.

1. En général, comment qualifiez-vous votre état de santé?

1—2—3—4—5—6—7—8—9—10
Médiocre Moyen Bon Très bon Excellent

2. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) « La santé est un état de **complet bien-être physique, mental et social**, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Êtes-vous d'accord avec cette définition? ☐ Oui ☐ Non

Si non, pourquoi? _____

- 2.1 En vous inspirant de cette définition comment qualifiez-vous votre état de santé actuel?

1—2—3—4—5—6—7—8—9—10
Médiocre Moyen Bon Très bon Excellent

- 2.2 Comment qualifiez-vous l'aspect **physique** de votre santé?

1—2—3—4—5—6—7—8—9—10
Médiocre Moyen Bon Très bon Excellent

- 2.3 Comment qualifiez-vous l'aspect **mental** de votre santé?

1—2—3—4—5—6—7—8—9—10
Médiocre Moyen Bon Très bon Excellent

- 2.4 Comment qualifiez-vous l'aspect **social** de votre santé?

1—2—3—4—5—6—7—8—9—10
Médiocre Moyen Bon Très bon Excellent

Pour la question 3 :

Le « 0 » signifie une absence totale de stress et le « 10 » signifie le stress le plus important que vous pourriez imaginer.

3. En général, quel est votre niveau moyen de stress durant l'année scolaire?

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10
Absent Modéré Extrême

- 3.1 En général, quel est votre niveau de stress durant les périodes d'examens?

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10
Absent Modéré Extrême

- 3.2 En général, quel est votre niveau de stress durant les périodes de vacances?

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10
Absent Modéré Extrême

4. La Santé Publique recommande la pratique quotidienne d'activité physique.

Selon vous quel est le minimum de minutes recommandé par jour? _____ min/jour

- 4.1 En moyenne, combien de minutes par jour consacrez-vous à l'activité physique?

_____ min/jour

5. En moyenne, combien de pas faut-il viser faire par jour?

_____ pas/jour

- 5.1 En moyenne, combien de pas estimez-vous faire par jour?

_____ pas/jour

6. La Santé Publique recommande un nombre minimal de portions de fruits et légumes par jour. Selon vous, quel est ce nombre?

_____ portions/jour

- 6.1 En moyenne, combien de portions de fruits et légumes consommez-vous par jour?

_____ portions/jour

7. Selon Santé Canada, un indice de masse corporelle (IMC) satisfaisant pour la plupart des gens correspond à quelle valeur en chiffre?

_____ ☐ Ne sais pas

- 7.1 À l'aide du tableau à la dernière page, trouvez votre IMC et inscrivez-le ci-dessous

IMC = _____

Utilisez le tableau à la dernière page

8. Afin de prévenir plusieurs maladies chroniques, il est recommandé de ne pas dépasser un tour de taille de : _____ cm (ou _____ pouces) pour les femmes ☐ Ne sais pas

_____ cm (ou _____ pouces) pour les hommes ☐ Ne sais pas

9. Fumez-vous des cigarettes?

☐ Oui

☐ Non






- Fumez-vous des cigarillos?

☐ Oui

☐ Non

Pour les questions 10 et 10.1, servez-vous du tableau ci-dessous pour vous aider à répondre aux questions.

Chaque item représente l'équivalent d'une consommation standard (13,5 g d'alcool)

Bière 5 %	Champagne 12 %	Vin de table 12 %	Vin apéritif 20 %	Spiritueux 40 %
				
341 ml (12 oz)	142 ml (5 oz)	142 ml (5 oz)	85 ml (3 oz)	43 ml (1.5 oz)

Ref : Drogues : savoir plus, risquer moins. Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) 2003, Québec.

10. D'après vous, quel est le **nombre** de consommations d'alcool (selon les équivalents de consommation standard) à ne pas dépasser **par semaine**?

Chez la femme : _____ consommations/semaine
 Chez l'homme : _____ consommations/semaine

10.1 Veuillez indiquer le nombre de consommations d'alcool (selon les équivalents de consommation standard) que vous consommez en moyenne par semaine.

_____ consommations/semaine

11. Avez-vous utilisé un condom la dernière fois que vous avez eu un rapport sexuel ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne s'applique pas ☐ Conjoint stable

12. Identifiez une de vos habitudes de vie que vous aimeriez améliorer au cours de la prochaine année?

13. Selon vous, existe t-il des approches en médecine alternative et/ou complémentaire (MAC) qui peuvent contribuer à l'amélioration ou au maintien de la santé?

☐ Oui Si oui, nommez quelques exemples : _____
☐ Non _____

14. Est-ce que quelqu'un de votre entourage a déjà fait usage d'une approche alternative ou complémentaire?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

15. Personnellement, avez-vous déjà utilisé une ou des approches alternatives ou complémentaires peu importe la raison?

- ☐ Oui La ou lesquelles? _____
- ☐ Non _____

16. Comment qualifiez-vous votre position personnelle à l'égard des approches alternatives et complémentaires?

1 ——— 2 ——— 3 ——— 4 ——— 5

Tout-à-fait Plutôt Indécis Plutôt Très

fermé fermé ouvert ouvert

Commentaires généraux :

Composez votre numéro d'identification unique en complétant les informations suivantes :

1 ^{re} lettre du prénom de votre père :	
1 ^{re} lettre du nom de famille de votre père :	
1 ^{re} lettre du prénom de votre mère :	
1 ^{re} lettre du nom de famille (à la naissance) de votre mère :	
1 ^{re} lettre de votre prénom :	

Merci de votre collaboration!

Pour trouver votre IMC:

Repérez votre grandeur et votre poids dans la grille suivante.

		Grandeur (pieds et pouces)																Poids (livres)	Poids (kilogrammes)
Poids (livres)	Poids (kilogrammes)	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35		
		18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
21	20	19	19	18	17	17	16	16	16	15	15	14	14	13	13	13	13	13	13
22	21	20	20	19	18	18	17	17	17	16	16	15	15	14	14	14	14	14	14
23	22	21	21	20	19	19	18	18	18	17	17	16	16	15	15	15	15	15	15
24	23	22	22	21	20	20	19	19	19	18	18	17	17	16	16	16	16	16	16
25	24	23	23	22	21	21	20	20	20	19	19	18	18	17	17	17	17	17	17
26	25	24	24	23	22	22	21	21	21	20	20	19	19	18	18	18	18	18	18
27	26	25	25	24	23	23	22	22	22	21	21	20	20	19	19	19	19	19	19
28	27	26	26	25	24	24	23	23	23	22	22	21	21	20	20	20	20	20	20
29	28	27	27	26	25	25	24	24	24	23	23	22	22	21	21	21	21	21	21
30	29	28	28	27	26	26	25	25	25	24	24	23	23	22	22	22	22	22	22
31	30	29	29	28	27	27	26	26	26	25	25	24	24	23	23	23	23	23	23
32	31	30	30	29	28	28	27	27	27	26	26	25	25	24	24	24	24	24	24
33	32	31	31	30	29	29	28	28	28	27	27	26	26	25	25	25	25	25	25
34	33	32	32	31	30	30	29	29	29	28	28	27	27	26	26	26	26	26	26
35	34	33	33	32	31	31	30	30	30	29	29	28	28	27	27	27	27	27	27
36	35	34	34	33	32	32	31	31	31	30	30	29	29	28	28	28	28	28	28
37	36	35	35	34	33	33	32	32	32	31	31	30	30	29	29	29	29	29	29
38	37	36	36	35	34	34	33	33	33	32	32	31	31	30	30	30	30	30	30
39	38	37	37	36	35	35	34	34	34	33	33	32	32	31	31	31	31	31	31
40	39	38	38	37	36	36	35	35	35	34	34	33	33	32	32	32	32	32	32
41	40	39	39	38	37	37	36	36	36	35	35	34	34	33	33	33	33	33	33
42	41	40	40	39	38	38	37	37	37	36	36	35	35	34	34	34	34	34	34
43	42	41	41	40	39	39	38	38	38	37	37	36	36	35	35	35	35	35	35
44	43	42	42	41	40	40	39	39	39	38	38	37	37	36	36	36	36	36	36
45	44	43	43	42	41	41	40	40	40	39	39	38	38	37	37	37	37	37	37
46	45	44	44	43	42	42	41	41	41	40	40	39	39	38	38	38	38	38	38
47	46	45	45	44	43	43	42	42	42	41	41	40	40	39	39	39	39	39	39
48	47	46	46	45	44	44	43	43	43	42	42	41	41	40	40	40	40	40	40
49	48	47	47	46	45	45	44	44	44	43	43	42	42	41	41	41	41	41	41

Grandeur (centimètres)

Annexe E- Tableau résumé des études

Étude	Méthodologie	Résultats et discussion
Association entre HV et fréquence de conseil		
Frank E, et al. (2010) Predictors of Canadian physicians' prevention counseling practices. <i>Can J Public Health</i> ;101(5):390-5	Sondage national distribué aux médecins pratiquants canadiens. <u>Variables étudiées :</u> - 12 sujets reliés aux HV - Score personnel sur les saines HV - Opinions (Attitudes) relatives au counseling des HV - Pratiques de counseling	Taux de réponse sondage de 41% <u>Conclusion :</u> Les bonnes habitudes de vie sont des prédicteurs de la fréquence de counseling des médecins. - Des attitudes favorables à la prévention des saines habitudes de vie sont liées de façon significative à la fréquence de conseil.
Associations entre HV, confiance dans les connaissances et la fréquence de conseil		
Rogers, L. Q. et al. (2006) Evaluation of internal medicine residents as exercise role models and associations with self-reported counseling behavior, confidence, and perceived success. <i>Teaching and Learning in Medicine</i> , 18(3), 215.	Devis transversal, participants résidents en médecine <u>Variables étudiées :</u> - Sondage auto-administré - Test d'endurance maximal (VO ₂ max) sur tapis roulant - Journal d'activité physique sur 7 jours	<u>Résultats :</u> - 41% des résidents répondent aux recommandations hebdomadaires en activité physique dont 60% ont une faible condition cardiovasculaire. - Environ le quart des résidents ont des connaissances adéquates en matière de recommandations de l'AP. - 37% des résidents ont rapporté conseillé plus de 60% du temps leurs patients vus régulièrement. <u>Corrélations</u> - Une fréquence plus élevée de counseling est liée au niveau d'AP des résidents ($r=0,39$; $p=0,006$) - Une fréquence plus élevée est liée à la confiance dans les connaissances des recommandations en AP ($r=0,3$; $p=0,03$)
Association entre l'IMC et la fréquence de conseil		
Hash, R. B. et. al. (2003). Does physician weight affect perception of health advice? <i>Preventive Medicine</i> , 36(1), 41-44	Sondage distribué à 226 patients de 5 cliniques médicales <u>Variables étudiées :</u> - Réceptivité des patients face aux conseils prodigués par les médecins à propos de la maladie, du maintien d'un poids santé et de l'activité physique.	<u>Résultats :</u> Les résultats démontrent que plus de patients ont confiance dans les conseils reçus par des médecins non-obèses que des médecins obèses. Traitement des maladies ($p=0,05$) Tendance pour le maintien d'un poids santé et d'une bonne condition physique ($p=0,08$).

<p>Bleich, S. N. et al. (2012). Impact of physician BMI on obesity care and beliefs. <i>Obesity</i>, 20(5), 999-1005</p>	<p>Sondage distribué à 500 médecins de première ligne aux États-Unis.</p> <p><u>Variables étudiées</u></p> <p>-Impact de l'IMC du médecin sur les soins reçus en obésité, l'auto-efficacité du médecin, les perceptions du patient dans la croyance des conseils reçus sur la perte de poids, etc.</p>	<p><u>Résultats :</u></p> <p>-Les médecins avec un IMC normal rapportent plus fréquemment avoir discuté avec leurs patients de perte de poids (30%) que ceux avec surplus de poids (18%) ($p=0,01$)</p> <p>Lorsqu'ajusté pour plusieurs caractéristiques des médecins, les différences subsistent ($p=0,04$)</p> <p>-Le diagnostic d'obésité et le fait de discuter de perte de poids avec un patient était plus fréquente quand la perception de l'IMC du patient était plus importante que celle du médecin.</p>
<p align="center">Association entre les connaissances et la performance dans le counseling</p>		
<p>Wadland, W. C. et al. (2011). Student performance on smoking cessation counseling with standardized patients. <i>Family Medicine</i>, 43(6), 422-428</p>	<p>Devis prospectif</p> <p>2 cohortes successives d'étudiants ayant reçu une formation théorique et pratique de 10h sur l'intervention pour l'arrêt tabagique.</p> <p>Outils de counseling :</p> <p>Cohorte 1 : 5A's</p> <p>Cohorte 2 : <i>Shared decision making model</i> : RIP-UU</p> <p><u>Évaluations :</u></p> <p>-Examen théorique durant le stage de médecine de famille</p> <p>-Examen oral</p> <p>-Entrevue</p> <p>Les entrevues étaient enregistrées par vidéo et corrigée par des membres de la faculté.</p>	<p><u>Résultats :</u></p> <p>- Les performances entre la cohorte 1 et la cohorte 2 diffèrent entre l'examen théorique (respectivement 81,4 vs 84,4% $p=0,001$) et oral (85,6 vs 80,5% $p=0,001$), mais elles sont similaires à l'entrevue ($p=0,63$).</p> <p><u>Régressions :</u></p> <p>Il existe, en général, un lien significatif entre les résultats des examens théorique et oral avec la performance dans l'entrevue de counseling.</p>

Annexe F- Grille de l'évaluateur

Section	Catégorie	Item évalué	Atteint	Section	Catégorie	Item évalué	Atteint
1	1. Début de l'entrevue	1. Demande raison consultation		4	8. Alimentation: Évaluation	1. Faire le lien entre le contenu en sel avec hypertension	
		2. « Autre chose? »				2. Identifie les sources alimentaires de sel (min 2)	
	2. Profil et la perspective du patient	1. Explore le profil du patient (contexte de vie, travail, etc.)				3. Précise les HV alimentaires des repas (général)	
2. Explore les impacts, croyances, préoccupations, attentes			4...déjeuner				
3. Reconnaît et répond aux idées, émotions, valeurs			5...diner				
2	3. Antécédents personnels et familiaux	1. Antécédents personnels (nouveau)				6...souper	
		2...Antécédents familiaux reliés au problème				7...collations et grignotages	
		3...la médication				8...boissons (jus, boissons gazeuses)	
	4. Habitudes de vie	1. Demande la consommation de tabac			1. Évalue la réceptivité du patient face au changement		
		2...drogues			2. Évalue la conviction		
		3...alcool			3...confiance		
		4...produits naturels			4. Respecte le stade du patient		
3	5. Activité physique : Évaluation	5. stimulants (café)			10. Alimentation: balance décisionnelle	2. Les avantages perçus par le pt au niveau alimentation	
		6. stimulants (boissons énergisantes)				3. Les barrières perçues	
		7...sommeil				1. Souligne le lien de l'hypertension et la santé du pt	
6. Réceptivité du patient: activité physique		1. Précise les HV de l'activité physique		5	11. Outils de l'entrevue motivationnelle	1. Nomme l'ambivalence ou la résistance du patient	
		2...travail				2. Utilise des questions ouvertes	
	3...des loisirs		3...la valorisation				
4...des transports		4...l'écoute réflexive					
5...de la vie quotidienne		5...le résumé					
7. Activité physique: Balance décisionnelle	1. Évalue la réceptivité du patient face au changement		12. Éducation et partage de l'information		6. Utilise les outils de l'entretien motivationnel (menu d'options, échelle)		
	2. Respecte le stade du patient				1. Language approprié		
	2. Les avantages perçus par le pt de l'activité physique				2. Vérifie ce que le patient comprend		
1	15. Collaboration avec le patient	3. Les barrières perçues			13. Plan d'action	3. Encourage les questions	
		1. Souligne le lien de l'hypertension et la santé du pt				1. Conseille le pt en tenant compte de la balance décisionnelle	
						2. Spécifique	
		3. Mesurable					
					14. Suivi	4. Ajustable	
						5. Réaliste	
						6. Temporel	
				1	15. Collaboration avec le patient	1. Propose au moins un outil d'auto-monitoring	
						2. Précise des étapes de suivi	
				1	15. Collaboration avec le patient	1. Maintien une relation de collaboration	
						2. Utilise activement les techniques non-verbales (contact visuel)	

Annexe G- Document détaillant les items de la grille de correction

4. Habitudes de vie

L'étudiant doit explorer de façon générale les habitudes de vie suivantes. Le point est accordé lorsque le patient est interrogé au niveau de cette habitude, c'est-à-dire que des spécifications quant à la fréquence, etc. ne sont pas nécessaires.

2.4.1. Demande la consommation de tabac

2.4.2... Drogues

2.4.3...Alcool

2.4.4...Produits naturels

2.4.5... Stimulants (café, décongestionnant)

2.4.6... Stimulants (boissons énergisantes)

2.4.7...Sommeil

Section 3: 5. Activité physique : Évaluation

3.5.1. Précise les HV de l'activité physique

Questionne le patient sur son niveau d'activité physique de façon générale sans nécessairement spécifier quel type d'activité. Le point est accordé lorsqu'une question concernant l'activité physique est posée au patient.

Exemple de question : «Faites-vous de l'activité physique de façon régulière?»

3.5... du travail

Explore le niveau d'activité physique au travail ce qui peut comprendre des questions sur le type de travail (sédentaire, debout, transport de charges, etc.), le type de pauses, les déplacements durant le travail, etc.

3.5.3... des loisirs

Explore le niveau d'activité physique de loisirs en questionnant sur les différentes activités physiques pratiquées (semaine et fin de semaine). Le patient pourrait être questionné sur la fréquence, la durée, et le type (aérobie, musculaire, détente) et l'intensité de l'exercice.

3.5.4... des transports

Explore le transport actif du patient en questionnant sur les modalités des divers déplacements tel que pour se rendre au travail, les emplettes, etc.

3.5.5...de la vie quotidienne

Explore le «NEAT» (non-exercise activity thermogenesis) en questionnant sur les activités de la vie quotidienne tels les travaux ménagers et d'entretien, la préparation des repas, etc. Questionne sur les activités sédentaires du patient.

6. Réceptivité du patient : activité physique

3.6.1. Évalue la réceptivité du patient face au changement

Valider le niveau d'engagement du patient vers le changement en évaluant le **stade de changement**. Les stades de changement comprennent les stades de :

Précontemplation : Un patient qui ne pense pas changer, qui ne pense pas que cela s'applique à lui.

Contemplation : Envisage le changement sans toutefois être prêt à l'action (patient ambivalent)

Préparation : Patient désire changer dans un avenir proche, a expérimenté de petites actions.

Action : Décision prise, actions concrètes posées

Maintien : Survient environ 6 mois après l'adoption d'un nouveau comportement sans rechute

Rechute : Patient en perte de contrôle et de confiance dans ses capacités, n'a pas réussi à changer l'habitude ciblée.

Exemple de question concernant le stade de changement

«Avez-vous déjà pensé à changer tel comportement?»

3.6.2. Respecte le stade du patient

Selon les informations que l'étudiant obtiendra sur la réceptivité du patient à modifier son comportement en activité physique, l'intervention et les conseils de l'étudiant doivent aller dans ce sens.

Si le patient n'est pas prêt à changer présentement, exposer les bénéfices du changement et ouverture à en discuter dans le futur sans essayer de convaincre d'effectuer un changement maintenant. Le soutien de l'étudiant va dans le sens de la préparation du patient, l'aide à progresser vers un autre stade sans être directif.

Pour réussir cet item, doit être fait de façon active (poser la question sur la préparation à changer) ou en reflétant les propos du patient sur sa réceptivité à changer.

7. Activité physique : balance décisionnelle

3.7.1 Les avantages perçus par le patient de l'activité physique

Questionnement général de l'intervenant où le patient doit faire une réflexion sur les bénéfices qu'il perçoit de faire de l'activité physique.

3.7.2 Les barrières perçues

Questionnement général de l'intervenant où le patient doit faire une réflexion sur les inconvénients qu'il perçoit de faire de l'activité physique. Détermine les barrières potentielles à la modification du comportement. Si le patient est sédentaire, les avantages à maintenir le comportement présent représente aussi des barrières.

3.7.3 Souligne le lien de l'hypertension et la santé du patient

Souligne le lien entre l'hypertension et les avantages du changement au niveau de l'activité physique dans l'amélioration de la santé du patient.

Tient compte des avantages et barrières soulevées par le patient dans son counseling et en fait le résumé au patient.

Section 4 : 8. Alimentation : évaluation

4.8.1. Précise les HV alimentaires des repas (général)

Questionne le patient sur son alimentation de façon générale

Exemple de question

«Quelles sont vos habitudes alimentaires?»

4.8.2. Identifie les sources alimentaires de sel (minimum 2)

Questionner le patient afin d'identifier les différentes sources possibles de sel dans l'alimentation: restauration, aliments préparés et conserves, utilisation de la salière, grignotage, sauces et condiments.

4.8.3. Fait le lien entre le contenu en sel et hypertension

Souligne le lien entre l'hypertension et les avantages du changement alimentaire dans l'amélioration de la santé.

Tient compte des avantages et barrières soulevées par le patient dans son counseling afin de soulever les divergences, faire un résumé de la situation.

4.8.4...déjeuner

L'étudiant doit demander s'il y a présence ou non de ce repas et de ce qu'il est composé.

4.8.5...dîner

L'étudiant doit demander s'il y a présence ou non de ce repas et de ce qu'il est composé.

4.8.6...souper

L'étudiant doit demander s'il y a présence ou non de ce repas et de ce qu'il est composé.

4.8.7...collations et grignotages

L'étudiant doit demander s'il y a présence ou non de ce repas et de ce qu'il est composé.

4.8.8...boissons (jus, boissons gazeuses)

L'étudiant doit demander s'il y a présence ou non de cet élément dans son alimentation et de ce qu'il est composé.

Les items suivants doivent être explorés de façon générale, c'est-à-dire que des spécifications quant au nombre de portions, etc. ne sont pas nécessaires. Le point est accordé lorsque le patient est interrogé à propos de cette habitude.

9. Réceptivité du patient : Alimentation

4.9.1. Évalue la réceptivité du patient face au changement

Selon les informations que l'étudiant obtiendra sur la réceptivité du patient à modifier son comportement en alimentation, l'intervention et les conseils de l'étudiant doivent aller dans ce sens.

Si le patient n'est pas prêt à changer présentement, exposer les bénéfices du changement et ouverture à en discuter dans le futur sans essayer de convaincre d'effectuer un changement maintenant. Le soutien de l'étudiant va dans le sens de la préparation du patient, l'aide à progresser parmi les stades de changement sans être directif.

Pour réussir cet item, doit être fait de façon active (poser la question sur la préparation à changer) ou en reflétant les propos du patient sur sa réceptivité à changer.

4.9.2. Évalue la conviction

Valider le niveau d'engagement du patient vers le changement en évaluant la **conviction** du patient. Pour que le changement ait lieu, le patient doit être convaincu que cela lui apportera des bénéfices et que cela est dans le meilleur de ses intérêts.

Exemple de question sur la conviction

La conviction : «Si vous décidiez de changer, qu'est-ce que cela pourrait vous apporter comme bénéfices?»

4.9.3...confiance

Valider le niveau d'engagement du patient vers le changement en évaluant la confiance du patient. Le niveau de confiance du patient est évalué par sa confiance en sa capacité de réaliser le changement, soit le sentiment d'auto-efficacité.

Exemple de question :

La confiance : «Êtes-vous confiant que vous êtes capable de réaliser ce changement?»

4.9.4. Respecte le stade du patient

Selon les informations que l'étudiant obtiendra sur la réceptivité du patient à modifier son comportement alimentaire, l'intervention et les conseils de l'étudiant doivent aller dans ce sens.

Si le patient n'est pas prêt à changer présentement, exposer les bénéfices du changement et ouverture à en discuter dans le futur sans essayer de convaincre d'effectuer un changement maintenant. Le soutien de l'étudiant va dans le sens de la préparation du patient, l'aide à progresser parmi vers un autre stade sans être directif.

Pour réussir cet item, doit être fait de façon active (poser la question) ou en reflétant les propos du patient.

10. Alimentation : balance décisionnelle

4.10.1. Les avantages perçus par le patient à propos de l'alimentation

Questionnement général de l'intervenant où le patient doit faire une réflexion sur les bénéfices qu'il perçoit d'améliorer son alimentation pour rehausser la conviction.

4.10.2. Les barrières perçues

Questionnement général de l'intervenant où le patient doit faire une réflexion sur les inconvénients qu'il perçoit de travailler sur son alimentation. Détermine les barrières potentielles à la modification du comportement. Si le patient a une mauvaise alimentation les avantages à maintenir le comportement présent représentent d'autres barrières.

4.10.3. Souligne le lien de l'hypertension et la santé du patient

Souligne le lien entre l'hypertension et les avantages du changement alimentaire dans l'amélioration de la santé.

Tient compte des avantages et barrières soulevées par le patient dans son counseling en dresse le portrait au patient.

Section 5 : 11. Outils de l'entrevue motivationnelle

5.11.1. Nomme l'ambivalence ou la résistance du patient

L'étudiant soulève les propos dans le discours du patient dans ce qui est dit et ce qui est fait par le patient qui sont contradictoires (soulever les divergences). L'ambivalence est caractérisée par les oscillations du patient entre maintenir le comportement actuel ou changer. En effet, le patient peut accorder beaucoup d'importance et de bénéfices dans le changement d'habitude sans toutefois être confiant dans sa capacité à changer.

5.11.2. Utilise des questions ouvertes

Les questions ouvertes sont des interrogations qui demandent une réponse faite de plusieurs mots, voire plusieurs phrases à l'instar des questions fermées qui provoquent des réponses courtes. Dans l'ensemble de l'entretien, on doit retrouver davantage de questions ouvertes que de questions fermées pour mériter le point.

5.11.3...la valorisation

La valorisation concerne les encouragements prodigués au patient tant sur le résultat obtenu que sur l'engagement dans un mode de vie sain. On doit voir chez l'étudiant le soutien et les encouragements apportés au patient vis-à-vis le processus de changement.

5.11.4...l'écoute réflexive

Reflet des propos du patient dans les mêmes termes ou dans d'autres qui permet de démontrer la compréhension de l'étudiant.

5.11.5...le résumé

Outil pour faire le point durant l'entrevue en rassemblant les informations qui ont été partagées. Le résumé est fait de façon globale à propos de l'habitude de vie et permet de dresser un portrait global.

5.11.6. Utilise les outils de l'entretien motivationnel (menu d'options, justification de l'échelle etc.)

Utilise d'autres outils de l'entretien motivationnel afin de régler l'ambivalence du patient, tel que le menu d'options, qui permet d'offrir plusieurs options de changement au patient. Un autre outil pourrait être l'utilisation de l'échelle de 0 à 10 (exemple) et demander au

patient de justifier son choix (ex. Pourquoi avoir répondu 6 au lieu de 4? , qu'est-ce qui pourrait faire en sorte de passer de 6 à 8?)

12. Éducation et partage de l'information

5.12.1. Langage approprié

Vulgarisation des termes médicaux utilisés pour que le patient soit en mesure de comprendre les explications.

5.12.2. Vérifie ce que le patient comprend

Vérifier la compréhension du patient en lui demandant s'il y a des éléments qui désirerait clarifier ou en lui posant directement au patient des questions pour évaluer sa compréhension.

5.12.3. Encourage les questions

L'étudiant fait sentir au patient qu'il est ouvert à tout moment pour des questions et peut demander directement au patient s'il en a.

13. Plan d'action

5.13.1. Conseille le pt en tenant compte de la balance décisionnelle

Tient compte des barrières et des avantages du patient dans la formulation de l'objectif.

5.13.2. Spécifique

L'objectif décrit précisément ce qui devra être modifié en répondant aux questions «Quoi, Pourquoi et Comment».

5.13.3. Mesurable

Il est possible de juger objectivement l'atteinte de l'objectif en fixant des indicateurs. Établir les critères concrets qui permettent de mesurer les progrès.

5.13.4. Ajustable

L'objectif fixé peut être modulé en fonction du contexte ou des barrières rencontrées comme la météo, le niveau de fatigue, etc.

5.13.5. Réaliste

L'objectif doit être atteignable avec les moyens disponibles, il ne doit pas représenter une montagne ou un défi insurmontable.

5.13.6. Temporel

L'objectif doit être atteint dans un temps précis, en ciblant une date précise d'atteinte. Le temps doit être mesurable et réaliste.

14. Suivi

5.14.1. Propose au moins un outil d'auto-monitoring

En lien avec l'objectif fixé, un outil est proposé pour permettre d'évaluer la progression du patient. L'outil choisi permet de mesurer l'atteinte de l'objectif ou à tout le moins ce qui a été réalisé en lien avec celui-ci.

5.14.2. Précise des étapes de suivi

L'étudiant doit mentionner un suivi éminent avec le patient avant son prochain rendez-vous annuel sans nécessairement être précis dans le temps.

Section 1 :15. Collaboration avec le patient

1.15.1. Maintien une relation de collaboration

Relation de collaboration entre l'étudiant et le patient. L'utilisation d'une approche directionnelle devrait être minimisée et favoriser la participation active du patient. Fait preuve d'empathie et de compréhension envers le patient.

1.15.2. Utilise activement les techniques non-verbales (contact visuel)

Par son expression non verbale, l'étudiant semble à l'écoute, ouvert et intéressé aux propos du patient. Ne semble pas fermé aux interventions.

Expressions non- verbales courantes : ne pas garder les bras croisés, contact visuel avec le patient, expression faciale d'ouverture.